FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

AVNER GRUNBERG

Né à Dorohoi (Roumanie), le 21 Janvier 1896

PELADE

SYNDROME ENDOCRINO-SYMPATHIQUE

ET

SON TRAITEMENT

Président : M. JEANSELME, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de ma filiale affection et de ma profonde reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A M. le Docteur Paul GASTOU

CHEF DU LABORATOIRE GÉNÉRAL DES HOPITAUX
DE LA RIVE DROITE. HOPITAL ST-LOUIS

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, nous adressons l'expression de nos vifs remerciements pour ses précieux conseils et son amabilité.

A M. le Professeur JEANSELME

PROFESSEUR DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES
A LA FACULTÉ DE PARIS
MÉDECIE DE L'HOPITAL ST-LOUIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Au maître qui nous réserva un si aimable accueil et qui nous fit le grand honneur de bien vouloir présider notre thèse, nous exprimons notre vive gratitude.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

Introduction

La pelade, considérée par le public comme une maladie parasitaire et contagieuse, est un des chapitres de la dermatologie qui a suscité le plus de recherches.

C'est à Lucien Jacquet que revient le mérite d'avoir montré jusqu'à l'évidence et sans conteste, que la pelade n'est qu'un trouble trophique local, correspondant à une modification profonde de l'organisme d'ordre neurotrophique ; qu'elle n'est ni parasitaire, ni contagieuse.

Cette doctrine fut grosse de conséquences dans les domaines pathogénique et social.

Si L. Jacquet fut le précurseur de la théorie endocrino-sympathique actuelle de la pelade, il n'est pas moins vrai que c'est M. Gastou qui, le premier, a attribué cette dermatose à un trouble du grand sympathique, dans son travail sur la « Pelade d'origine utérine », *Annales de Dermatologie et syphiligraphie*, page 47, 1903.

M. Gastou écrit :

« Partisan de la théorie physiologique, pathogénique des affections cutanées, soutenant qu'il

« existe dans la peau, des maladies systématisées « analogues aux maladies systématisées du système « nerveux, il m'a semblé intéressant de rapporter « l'histoire de trois pelades dont la coexistence avec « des fibromes est des plus intéressante ».

Cherchant à établir une relation de cause à effet entre les troubles utéro-ovariens et l'apparition des slopécies en aires, M. Gastou, conclut (loc. cit.) ; « Dépilation, altérations dentaires, troubles de pig- « mentation, troubles de nutrition générale ; mani- « festations nerveuses survenant ensemble semblent « donc bien invoquer qu'il existe une relation entre « ces diverses modifications. Cette relation, *ce lien* « *est établi par le système nerveux, et dans le sys-* « *tème nerveux par le grand sympathique, le centre* « *trophique et la voie de répercussion de toutes les* « *manifestations organiques.* »

Définition

M. Darrier donne la définition suivante :

« La pelade commune est caractérisée par des ta-
« ches ou plaques glabres, non cicatricielles, bien
« limitées, rondes ou ovalaires, de dimensions et de
« nombre variables, occupant surtout le cuir cheve-
« lu et la barbe ».

A la définition exacte de M. Darier ajoutons que nous envisageons la pelade comme un trouble trophique local, un symptôme objectif d'un trouble endocrino-sympathique, qu'elle apparaît spontanément et se caractérise par une abolition passagère ou permanente de la trichogénèse et conservation des sensations tactiles, thermiques et douloureuses.

Historique

L'histoire pathogénique de la pelade peut être divisée en plusieurs périodes.

I. Période nosographique.

C'est la période de classification, d'isolement de la pelade comme entité morbide spécifique, confondue avec les autres affections parasitaires du cuir chevelu.

Beteman, 1813, caractérise la pelade ainsi :

« La pelade est caractérisée par des taches chau-
« ves, complètement privées de cheveux, alors que
« sur leurs bords, il existe autant de cheveux qu'à
« l'état normal. Sur les taches, la peau est lisse,
« unie et d'une blancheur remarquable » (Sabouraud).

Cazenave, distingua la pelade des autres affections parasitaires du cuir chevelu. C'est lui qui la déclare une maladie non parasitaire, non contagieuse.

II. Période parasitaire, microbienne.

Avec les découvertes faites par Devaine, Pasteur, Koch, etc., à la fin du XIX[e] siècle, dans la microbio-

logie, toutes le manifestations morbides étaient considérées l'œuvre des microbes. La pelade ne pouvait faire exception à la règle commune. D'autre part, nous apprenons, des travaux de M. Sabouraud, que pendant trente ans, Bazin, Vidal, Besnier et Fournier présentèrent dans leur enseignement la pelade comme une affection parasitaire. On voulait découvrir à tout prix le parasite hypothétique. Bazin chercha le microsporum Audouini, décrit par Gruby, et M. Sabouraud déclare l'avoir toujours trouvé dans la teigne microsporique. A la même époque, les expériences de Max Joseph, en 1886, de Mibelli, en 1887, reproduisirent la pelade chez le chat par destruction du ganglion sympathique cervical inférieur et du nerf correspondant, mais ces expériences passèrent inaperçues et avec elles la théorie physio-pathologique de la pelade.

III. Période dystrophique, neurotrophique.

A partir de 1900, les travaux de Lucien Jacquet apparaissent et transforment définitivement le problème pathogénique de la pelade.

Nous distinguerons plusieurs étapes :

a) *Troubles de nutrition.* — Dans une première série de recherches, L. Jacquet attribue une grande importance à la formule urologique des peladiques et insiste notamment en ce sens : « Polyurie, éléva-« tion du coefficient de déminéralisation, c'est-à-dire « l'excès d'élimination minérale, par rapport à l'éli-

« mination organique, l'hyperchlorurie l'hypo-
« phosphaturie et l'hyposulfaturie ; moins fréquem-
« ment, mais souvent encore la présence des pig-
« ments et acides biliaires, de l'albumine et des
« oxalates ».

Il conclut qu'à un maximum de viciation urinaire correspond la défaillance trichopoiétique et qu'inversement à la formule normale urinaire suit une repousse évidente.

b) *Hypotonie.* — Dans les examens détaillés des peladiques, Jacquet nota toujours des troubles trophiques ou mieux des dystrophies des tissus d'origine mesodermique héréditaire et familiale :

Hypotonie cutanée locale et générale, varices, varicocelle, hernies, ptoses viscérales, agénésie pilaire, viciations urologiques et sanguines.

c) *Neurotrophie, sommations peladogènes.* — Il insista sur le rôle des névralgies dentaires et gingivales dans l'apparition des plaques glabres sur un terrain débilité, préparé par : tuberculose, basodewisme. Sur un terrain semblable une excitation périphérique nerveuse, accumulera à la longue ses effets et les réfléchira sur le trijumeau par sympathie, qui à son tour les extériorisera par les plaques glabres.

d) *Essai d'innoculation.* — Pour répondre à ceux qui croyaient la pelade parasitaire et contagieuse, Jacquet s'innocula à lui-même (puisqu'il se considéra

comme présentant un terrain optimum) des produits contenus dans les follicules des plaques peladiques en extension. Ces produits d'innoculation quoique étant considérés comme ayant une grande virulence ont toujours donné un résultat négatif.

Après cette série de recherches et par les bons résultats obtenus dans le traitement de la pelade par la médication tonique (injections de ClNa) et par les soins bucco-dentaires, Jacquet déclarait :

« Plus que jamais nous croyons à l'inanité de la « pelade microbienne, contagieuse et épidémique, « plus que jamais cette dermatose nous apparaît « comme un trouble trophique local, greffé sur une « viciation trophique générale et simple épisode, « en surface, de cette dystrophie profonde ».

Et il conclut :

« Donc il importe de ruiner la doctrine conta- « gioniste de la pelade qui, biologiquement fausse, « est socialement malfaisante ».

A la suite de cette démonstration logique des faits observés, M. Gastou, en 1903, rapporte la « Pelade d'origine utérine », et c'est alors que commence la période endocrino-sympathique.

IV. Période endocrino-sympathique.

M. Sabouraud, en 1913, insiste sur la « Pelade et ménopause, pelade et goître exophtalmique ».

M. du Castel insiste sur « Pelade et basedowisme » et enfin en 1922, MM. Lévy Franckel et E. Jus-

ter, dans leur travail sur la « Pelade, syndrome endocrino-sympathique », après avoir cité les remarquables expériences de Max Joseph et de Mibelli, lesquelles passèrent inaperçues à l'époque, condamnent définitivement la théorie microbienne.

« La description des microbes de la pelade, les « analogies cliniques de cette affection avec cer- « taines maladies parasitaires, telles que les trico- « phyties, la relation de plusieurs prétendues épi- « démies suffirent, dans l'atmosphère de panmi- « crobisme qui régnait alors, à faire ériger, pendant « toute la fin du XIX^e^ siècle, la théorie microbienne « de la pelade à la hauteur d'un dogme ».

Etiologie

Les analyses chimiques du sang et des urines que Jacquet effectuait dans ses recherches sur la pelade, à l'époque où la réaction de Bordet-Wassermann n'existait pas encore, nous montrent qu'il envisageait un trouble de nutrition comme pathogénie probable de la pelade. A ce sujet il n'oubliait jamais d'insister :

« Celui qui constate une alopécie, l'étudie et passe « peut-être, à divers égards pour un esprit de pre- « mier ordre : il n'est pas et ne sera jamais un méde- « cin. Puisqu'il y a quelque chose d'antérieur et su- « périeur à la déglabration, quelle n'est qu'un « symptôme objectif, un épiphénomène d'un syn- « drome complexe qui fleure la toxémie ».

Pour nous le trouble trophique local de la pelade est la conséquence d'un déséquilibre endocrino-neuro-végétatif. C'est une dystrophie provoquée et entretenue par les maladies chroniques, toxiques et dystrophiques par excellence : la syphilis et la tuberculose, que nous considérons comme cause essentielle de la déficience endocrino-sympathique, lesquelles peuvent être héréditaires, familiales et acquises.

Que ce soit le tréponème, que ce soit le bacille de Koch ou sa toxine, un fait est incontestable, c'est que les éléments nobles des glandes endocrines sont touchés et viciés dans leur fonctionnement.

Le système hématopoiétique tellement touché dans la syphilis héréditaire, nous fait penser que les glandes endocrines de même origine embryonnaire et en étroite connexion avec le système circulatoire n'échappent pas à l'action du tréponème.

MM. Hudelo et Rabut rapportent une statistique de 120 peladiques qu'ils ont examinés au point de vue syphilis. Voici le résultat :

32 aucun signe révélateur de syphilis ;
43 suspects ;
40 ou un 1/3 étaient des syphilitiques dont 8 acquis et 32 héréditaires.

« Sur l'ensemble, la réaction de Wassermann et « Hecht ne furent positives que 13 fois ».

MM. Sabouraud et Vernes ont trouvé le Wassermann positif chez 10 pour 100 des peladiques en activité de syphilis.

M. Jeanselme insiste dans quelques observations sur le traumatisme, syphilis acquise ou héréditaire.

Il faut noter dans les antécédents des malades : la grippe, rhumatisme articulaire aigu, l'alcoolisme, les intoxications, la fièvre typhoïde, qui pourront toucher les glandes endocrines en absence de toute syphilis ou tuberculose, ainsi que le paludisme et

les intoxications par helminthiase (Eirchoss, Gaston Lyon).

Du moment que les glandes endocrines sont troublées dans leur fonctionnement, du moment que la force stimulante du sympathique est modifiée, il s'ensuivra, nécessairement, une modification de son tonus. D'où la sympathicatonie et para-sympathicatonie comme notions étiologiques de la pelade.

Il serait plus juste, comme le soutient M. Parisot, de dire, *dysendocrinie puisque ce mot traduit ou une hyper ou une hyposécrétion des glandes vasculaires, ou même une modification qualitative des produits sécrétés.*

Ces notion sétiologiques seront développées dans le cours de notre travail.

En résumé, les différentes affections que nous venons d'énumérer, créent des sujets à méiopragie endocrinienne et il suffira alors d'une cause minime quelconque (traumatisme, blessures des nerfs périphériques, émotions) pour réveiller le déséquilibre endocrino-sympathique latent, lequel se manifestera par le phénomène de pelade comme l'ont relaté MM. Lévy Franckel et Juster ; M. Villaret, Mme Athanasio-Benisty dans l'hyper ou l'hypotrichose par blessures compliquées.

Symptomatologie

Symptomes locaux. — Les plaques glabres de la pelade apparaissent spontanément et brusquement par la chute d'une touffe plus ou moins grosse de cheveux, laissant à sa place une lacune tout à fait caractéristique au milieu d'une chevelure normale.

Elles peuvent être uniques ou multiples, ou bien apparaître les unes après les autres, ou bien encore des plaques nouvelles peuvent apparaître après que les anciennes sont disparues. Ce sont des plaques glabres, complètement dépourvues de cheveux, propres, à peau blanche, lisse; régulièrement orbiculaires et à bords nettement limités. Leur peau est atone, flaccide, facilement mobilisable, sudorale et grasse. M. Sabouraud a mis en évidence la rosée sudorale par expression des aires peladiques phénomène que certains auteurs expliquent par une stase provoquée à la suite d'une dégénérescence des fibres sympathiques et de l'appareil myo-épithélial de Heynolds.

En bordure des plaques peladiques on trouve le cheveu caractéristique en point d'exclamation d'imprimerie (!) couleur brun-puce. Selon M. Sabouraud la présence du cheveu peladique en point d'exclama-

tion d'imprimerie, indique l'extension de la plaque ; son absence, l'arrêt de cette extension.

Symptomes généraux. — A l'examen général du malade on trouve généralement des phlebectasies, des ptoses, une peau sénile, floccide avec facies simiesque ou embonpoint avec facies proconsulaire (Sabouraud). Très souvent les malades présentent de l'asthénie, de la frigidité, paresse physique et intellectuelle, troubles de nutrition, modifications de la formule urologique et sanguine ; stigmates de syphilis héréditaire ou acquise, de tuberculose, des traumatismes, des cicatrices, des plaies (M. M. Villaret, Mme Athanasio-Benisty).

De même les ongles sont atteints assez souvent de leuconychies ou d'onyrexis. Enfin on recherchera les réflexes sympathicotoniques et parasympathicotoniques toujours positifs chez les peladiques. Ces réflexes nous les décrirons plus loin. Rappelons brièvement que la persistance de la raie vaso-motrice, un pouls capillaire, un œdème ortié, tous ces symptômes nous pourrons les trouver seuls ou associés à une dysendocrinie unie ou pluriglandulaire dont l'ensemble constituera le syndrome endocrino-sympathique.

Formes cliniques et Topographie des Pelades

Agénésie pilaire. — Le nouveau-né peut présenter une chevelure assez fournie au synciput comme c'est la règle. Mais la nuque glabre à la naissance, peut rester ainsi définitivement, constituant la pelade ophiasique congénitale.

Agénésie pilaire de la puberté. — Très fréquente au pubis, aux aisselles, région sternale, moustache et barbe. A noter que ces agénésies pilaires se superposent exactement aux malformations congénitales. Ainsi à la moustache on remarquera des lacunes où siège le bec-de-lièvre.

Aux sourcils, dans les régions du kyste de la queue on trouvera des lacunes ; à la barbe l'agénésie pilaire est très fréquente ou parfois on peut trouver un duvet fin. Chez des sujets semblables, l'hypotonie des tissus et les troubles de nutrition sont très marqués.

Pelade aphiasique (Celse). — Elle débute par une plaque médiane à la nuque suivie de deux plaques latérales. Ces plaques fusionnent et montent de chaque côté au-dessus des oreilles suivant exactement la bordure du cuir chevelu et aboutissent finalement

au front. Cette forme de pelade se rencontre le plus souvent chez les tuberculeux.

Pelade décolvante. — Elle naît par fusion de plusieurs plaques de pelade, elle est généralisée. La calvitie précoce comme signe avant-coureur de la pelade décolvante s'observe assez souvent.

Pelade des ongles. — Ce sont les leuconychies ou l'onyrexis. Selon M. Sabouraud, chez un sujet qui présente un mélange de cheveux noirs et blancs, la pelade fera son apparition plutôt sur les cheveux noirs parce que le phénomène initial de trouble pigmentaire qui précède la pelade ne peut plus avoir lieu sur les cheveux blancs.

A la barbe, à part les lacunes habituelles, la pelade peut se manifester encore par des îlots de cheveux longs, minces, soyeux, qui ne tombent jamais et qui pourront reprendre leur physionomie normale. Les plaques de pelade peuvent être symétriques ou asymétriques ; siéger à la barbe, aux sourcils, aux cils, sans atteindre le cuir chevelu ou atteindre le cuir chevelu et le visage et alors la pelade est très grave.

Le vitiligo se rencontre assez souvent dans la pelade et ces deux affections sont tellement associées que Cazenave les a confondu ensemble. Comme le vitiligo, la pelade aussi peut affecter n'importe quelle région velue du corps.

Evolution et Pronostic

Habituellement les plaques de pelade apparaissent brusquement et ce que l'on constate au premier examen, ce sont les cheveux peladiques caractéristiques de l'extension des plaques. M. Sabouraud a remarqué, dans des cas rares, une éruption érythémateuse rose-orangée, fugace sur le cuir chevelu précédant la pelade.

La pelade se rencontre à partir de l'âge de 4 ans et atteint son maximum de fréquence vers 6, 7, 8, 10 et 11 ans. « L'âge de la puberté c'est l'âge critique de la pelade » (Sabouraud).

Dans la deuxième moitié de la vie elle est rare, exception faite pour le sexe féminin à l'époque de la ménopause. Le sexe masculin est plus souvent atteint dans la première moitié de la vie et la pelade évolue surtout sur un terrain débilité par la syphilis, la tuberculose et les troubles endocrino-sympathiques.

L'apparition d'une seule plaque de pelade amène l'apparition d'autres et même la pelade décalvante. La pelade est essentiellement récidivante sans qu'on puisse donner une règle valable à ce sujet.

La disparition des cheveux peladiques marque habituellement un arrêt dans l'évolution de la pelade,

fait sur lequel M. Sabouraud insiste particulièrement. Ou s'ils persistent sur un point seulement, on aura sur ce point une extension partielle. Après un certain arrêt on peut voir réapparaître les cheveux peladiques, lesquels marquent une récidive.

Par conséquent le cheveu peladique sera notre guide unique dans le pronostic de la pelade.

La pelade décalvante naît par fusion de plusieurs plaques ; elle est d'autant plus bénigne que son apparition est plus rapide, mais la participation des sourcils et cils aggrave le pronostic.

La syphilis acquise aggrave la pelade. La pelade des ongles avec faciès simiesque ou proconsulaire sont des signes qui peuvent faire craindre une pelade permanente.

La pelade évolue parfois parallèlement avec le psoriasis, d'autre fois avec le vitiligo, affections qui sont reconnues comme héréditaires et familiales et lesquelles on rattache aussi comme la pelade à un trouble endocrino-sympathique.

La durée de la pelade dans les cas légers est de 3 à 6 mois, la décalvante peut durer de un à quatre ans, mais quand les cils et sourcils sont pris elle peut rester définitive.

Diagnostic

Le diagnostic différentiel d'une plaque de pelade doit être envisagé avec toutes les alopécies circonscrites ; celui de la pelade décalvante doit être fait avec les alopécies diffuses.

Alopécies circonscrites.

Alopécie par traumatisme. — Survient 3-4 semaines après le traumatisme contondant (Sabouraud), absence de cheveux peladiques, les commémoratifs éviteront toute confusion possible.

Alopécie par cicatrices. — On ne trouve pas de cheveux fin, soyeux, mais déformés et de calibre normal. D'autre part l'examen local découvrira la cicatrice.

Alopécie par furoncle, abcès, phlegmon, hématome. — Absence de cheveux peladiques, présence de cicatrices, repousse lente.

Alopécie par impétigo. — Absence de cheveux peladiques. La repousse suit immédiatement après la chute de la croûte qui laisse une peau rose par érosion épidermique.

Alopécie par rayon X. On trouve des cheveux peladiques caractéristiques. On doit toujours y penser et interroger le malade.

Alopécie par cicatrice de favus. — La peau où a siégé la plaque est cicatricielle, sénile, à bords irréguliers. Le favus est dû à l'achosion Schönleinii.

Alopécie parvimaculata (pseudo-pelade de Brocq). — C'est une alopécie à plaques multiples, petites, lenticulaires, cicatricielles sans repousse (folliculite chronique).

Alopécie par lupus érythémateux. — La peau est rouge et douloureuse à la percussion (Besnier).

Alopécie par teigne. — On y trouve des plaques squameuses, grises, sales, avec cheveux paraissant mal rasés. La teigne est due au microsporon Audouini. Elle guérit par les rayons X ou spontanément à la puberté.

Alopécie syphilitique. — Apparaît dans les deux ans qui suivent l'infection. L'alopécie en clairière à plaques nombreuses, jamais dénudées, est pathognomonique.

Alopécie diffuse. — *L'alopécie par pelade décalvante.* — N'est qu'une fusion de plusieurs plaques de pelade circonscrites. Anamnèse et examen des cheveux.

Alopécie séborrhéique. — Localisée au cuir chevelu seulement en rapport avec l'évolution sexuelle

comme l'a bien démontré M. Sabouraud. C'est une alopécie diffuse àparoxysme estival. On y voit les trois stades pytériasis sec, stéatoïde et séborrhée.

Alopécie par absorption des sels de thalium et par maladies infectieuses aiguës. Les cheveux tombent dès la convalescence et pendant deux mois après le début de la maladie. Cette alopécie frappe souvent le vertex et les tempes, elle peut être minime, en clairière, tantôt elle est totale en quelques jours. Dans les deux derniers cas, les cheveux qui tombent ne présentent pas l'aspect atrophique comme dans la pelade. Les cheveux tombent en entier avec leur bulbe normal et sans avoir présenté des altérations histologiques que M. Sabouraud a mis en évidence pour les cheveux peladiques.

Histologie Pathologique de la Pelade

La plaque de pelade est due à la chute spontanée d'une touffe de cheveux. Elle s'étend par la périphérie revêtant une forme orbiculaire, à peau lisse, non cicatricielle, flasque habituellement et peut atteindre la dimension d'une pièce d'un franc et davantage. Parmi les cheveux qui tombent, il y en a qui tombent en entier avec bulbe plein, d'autres comme l'indique M. Sabouraud effectueront leur chûte d'une façon spéciale qu'on ne rencontre dans aucune autre alopécie et qui est pathognomonique de la pelade. Dans la pelade les cheveux cassent à 4 ou 5 millimètres de leur racine ; le fragment radiculaire prend l'aspect d'un point d'exclamation d'imprimerie, implanté par sa pointe dans le cuir chevelu. Le cheveu s'atrophie lentement et tombe avec un bulbe sec, c'est le cheveu peladique caractéristique. Celui-ci se trouve toujours en bordure de la plaque, présente une tige translucide à bulbe blanc et est très foncé à sonextrémité aérienne. Sa couleur est brun-puce.

M. Sabouraud explique la production de cheveux peladiques par un phénomène de trichorrexie noueuse, qu'il a vu au microscope en examinant

plusieurs cheveux épilés en bordure d'une plaque peladique.

M. Sabouraud a trouvé sur les cheveux examinés une diminution du diamètre et du pigment, une segmentation de la moelle ; une trichorrexie latérale, transversale ou longitudinale, laquelle produit à ce niveau une cassure du cheveu malade déterminant par ce mécanisme la production du cheveu peladique.

Au microscope, l'extrémité aérienne du cheveu peladique a été trouvée irrégulière avec accumulation exagérée de pigment qui se fait en dehors de cellules corticales inversement de ce qui a lieu à l'état normal.

Les follicules des plaques peladiques sont farcies des amas irréguliers de cellules pilaires hyperpigmentés ; c'est ce que Besnier appelait le cheveu cadavérisé. M. Sabouraud note la survie du cheveu blanc sur la plaque et prend à l'appui ce fait pour démontrer que le phénomène initial de la pelade est un déséquilibre pigmentaire.

Sur la barbe, la pelade, outre son évolution habituelle par plaques, peut revêtir une autre allure en ce sens qu'on y trouve sur des placards bien limités des poils minces et translucides, diminués dans leur vitalité, mais qui peuvent reprendre leur croissance normale, quand la cause inhibitrice disparaît. On constate assez souvent que la peau de la plaque peladique est atone ou infiltrée de graisse. Dans ce cas

le cehveu peladique est tellement enchâssé dans la peau qu'il est impossible de l'épiler même à la pince.

Aux ongles la pelade se manifeste par des striations longitudinales, transversales ou par une infiltration des taches blanches (leuconychies) ou bien les ongles sont criblés de trous en dé à coudre (onyrexis).

Résumé d'Anatomie et de Physiologie du Système Endodrino-Neuro-Végétatif

Les glandes endocrines ont une évolution embryologique connexe avec le système circulatoire et le système nerveux végétatif. Ces glandes sont situées anatomiquement autour des vaisseaux sanguins qui se chargent de leurs produits de sécrétion, destinés à entretenir le tonus végétatif. Inversement le tonus végétatif règle à son tour le fonctionnement des glandes endocrines. Le système nerveux est composé d'un système nerveux de relation et d'un système nerveux végétatif. Nous décrirons brièvement ce dernier qui comprend les systèmes sympathique et para-sympathique tel qu'il résulte du travail de M. A. Guillaume dans le *Journal Médical Français*, p. 228, 1921 :

« Trois faits anatomiques sont à noter, qui mar-
« quent une profonde différence entre les neuroses
« appartenant à la vie animale et les neurones de la
« vie organo-végétative.

« 1° Les axones sont de deux ordres, les uns sont
« dépourvus de gaine de myeline, ou n'en possèdent

« qu'une très mince : ce sont les fibres de Remak ;
« les autres possèdent une gaine de myéline plus
« mince que celle des nerfs de la vie animale, mais
« le diamètre de ces fibres est très nettement infé-
« rieur au diamètre des éléments consécutifs des
« nerfs de la vie animale.

« 2° Le trajet des voies organo-végétatives extra
« axiales (celles situées en dehors de l'arc nerveux)
« comporte deux neurones successifs enchaînés
« l'un à l'autre, l'articulation (le synapse) des deux
« neurones, se faisant à l'intérieur d'un ganglion.
« Il existe ainsi une unité préganglionnaire (le neu-
« rone axio-ganglionnaire), une unité post-gan-
« glionnaire (le neurone ganglio-tissulaire ou gan-
« glio local ; la fibre axio-ganglionnaire est une
« fibre myélinisée, la fibre ganglio-tissulaire, une
« fibre dépourvue de myéline ou fibre de Remak.

« 3° Les centres cellulaires ganglionnaires de la vie
« organo-végétative sont le plus souvent multipo-
« laires, chaque cellule est entourée d'une mem-
« brane capsulairee nucléée, les neudrites des cel-
« lules étant, les uns intra-capsullaires, les autres
« extra-capsulaires ».

. . . . . .

« Le neuro-axio-ganglionnaire a son centre dans
« l'axe nerveux, le groupement des cellules centra-
« les organo-végétatives constituant ainsi des
« noyaux situés à la base de la corne antérieure de
« la substance grise, dans la zone comprise entre
« celle-ci et la corne portérieure ; de là, les fibres

« nées des cellules de ces noyaux, sortent de l'axe « par les racines antérieures, suivent le nerf mixte « rachidien, puis s'en séparent, arrivent au gan- « glion organo-végétatif correspondant ; là, l'axone « se termine en s'articulant avec les cellules du « ganglion ; le neurone ganglio-tissulaire commen- « ce alors, il se terminera dans les tissus dépendants « du domaine de la vie organo-végétative. Parmi « les fibres ganglio-tissulaires, le uns gagnent di- « rectement les viscères et les vaisseaux contenus « dans l'intérieur du corps, les autres, revenant « vers le nerf mixte rachidien, se joignent aux « fibres animales de celui-ci et se distribuent avec « elles aux éléments végétatifs de la portion soma- « tique du corps ».

. . . . . .

« Chez les mammifères, l'homme en particulier, « on constate l'existence de trois zones d'émergeance « des voies organo-végétatives, séparées les unes « des autres par des vides. L'une est contenue dans « le tronc cérébral (pedoncule et bulbe) et ses fibres « sont annexés à des nerfs crâniens (III^e^, VII^e^, VII^e^ « *bis*, IX^e^ X^e^, XI^e^ et XII^e^ paires) ; ce sera l'appareil crâ- « nial ou para-sympathique crânien, dont la distri- « bution est viscérale ; l'autre est contenue dans les « segments dorsaux-lombaires (du II^e^ segment ner- « veux dorsal ou II^e^ segment nerveux lombaire), « c'est l'appareil sympathique proprement dit et « qui va étendre ses ramifications dans toutes les « parties du corps ; un troisième groupe enfin naît

« de la moelle sacrée, c'est l'appareil para-sympa-
« thique pelvien... »

Physiologie.

Le sympathique est vaso-moteur, pilo-moteur ; régit le trophisme cellulaire, la contractilité des muscles lisses, produit la midriase, accélère le cœur, élève la tension ; il produit le péristaltisme.

Le parasympathique produit le myosis, ralentit le cœur, abaisse la tension, inhibe le péristaltisme.

Donc, comme nous venons de le voir, le système végétatif est composé de deux systèmes antagonistes, le sympathique et parasympathique dont l'équilibre assure un fonctionnement normal de l'organisme.

Relations entre le Système endocrinien et le Système nerveux sympathique

a) Preuves embryologiques. — Dans leur travail sur « Sympathique et glandes endocrines », MM. Henri Claude et R. Piédelièvre en font la description suivante (*J. Méd. Fr.*, page 223..., 1921).

« Un premier groupe de faits est tiré de constata-
« tions embryologiques qui montrent un paralléle-
« lisme entre le développement des glandes endo-
« crines et celui du système nerveux. Ces données
« sont classiques ; il suffit de rappeler l'évolution
« du diverticulum venu du fond de la cavité buc-
« cale et celle de l'infundibulum venu du plancher
« du troisième ventricule pour former, par leur
« réunion l'hypophyse avec son lobe glandulaire et
« son lobe nerveux. Un autre exemple est tiré du
« développement des organes chromaffines qui se
« constituent près du sympathique et paraissent
« provenir des mêmes colonies cellulaires ; une cel-
« lule indifférente, en effet, issue de l'ébauche mé-
« dullaire de l'embryon, va se transformer au
« cours de son évolution en sympathogonie; celle-ci,

« selon les cas, pourra donner naissance à un élé-
« ment nerveux appelé sympathoblaste, ou à un
« élément glandulaire nommé phacochromoblaste.
« Le sympathoblaste est la future cellule sympathi-
« que adrénalinique, le phacochromoblaste, la fu-
« ture cellule adrénalinique. Il est à remarquer que
« l'immigration de cellules sympathiques se pour-
« suivrait, chez l'adulte, dans la surrénale, quand
« la médullaire, au fur et à mesure de sa destruc-
« tion, a besoin d'être rénovée. L'étude anatomique
« et histologique de ces glandes permet de confir-
« mer cette étroite liaison.

« Ainsi pour l'hypophyse, à part ces rapports ci-
« tés plus haut, reçoit des filets sympathiques par le
« rameau carotidien, filets qui ont pu être suivis
« jusque dans le lobe postérieur au point qu'on a
« pu considérer celui-ci comme un véritable gan-
« glion ».

b) Preuves physiologiques. — Cannon réunissant le bout central du nerf phrénique avec le bout périphérique du sympathique cervical après les avoir sectionné, voit que les mouvements respiratoires, font apparaître les symptômes d'hyperexcitabilité du corps thyroïde : tachycardie, exophtalmie, augmentation du métabolisme basal et aussi, mais pas toujours, l'augmentation de volume des surrénales.

Wilson, effectuant ses expériences sur le chien, se sert de courant électrique ou des injections de mi-

crobes pour exciter le ganglion cervical supérieur. Il obtint des modifications histologiques non seulement du ganglion cervical, mais aussi du corps thyroïde.

Elliot par excitation du sympathique détermine un afflux considérable d'adrénaline dans le torrent circulatoire. De même, l'excitation portant sur les fibres destinées à l'hypophyse, produit de la polyurie et de la glycosurie.

H. Wiener, par résection du ganglion cervical, produit l'atrophie de la thyroïde et abaisse sa teneur en thyro-globuline.

De même, Fitz, Cattel, produisent des signes d'hyperthyroïdie par leurs expériences en excitant le sympathique cervical.

Ascher et Flack, excitent les bouts périphériques des nerfs laryngés supérieurs, notent l'hyperthyroïdie avec augmentation de l'excitabilité du vague, ainsi qu'une action plus efficace de l'adrénaline sur la pression sanguine.

c) Preuves physio-pathologiques. — *Hypophyse.* — Une tumeur ou une dystrophie de l'hypophyse peut amener soit une atrophie testiculaire, soit l'acromégalie ou le syndrome adiposo-génital de Frœlich, soit une polyurie avec diabète insipide.

Thyroïde. — L'hyper ou l'hypofonctionnement ainsi que le dysfonctionnement de la glande peut produire : la maladie de Basedow, troubles d'évolution génitale et sexuels secondaires : agénésie pi-

laire, frigidité génitale, aménorrhée, dysménorrhée, nanisme.

Dans ces dysendocrinies on note aussi des manifestations d'ordre sympathique : tachycardie, instabilité du pouls, tremblement, polyurie, glycosurie, troubles vaso moteurs, sensations de chaleur, sueurs, caractère émotif.

Parathyroïde. — Son insuffisance produit la spasmophilie.

Surrénales. — Dans la maladie d'Addison on note une diminution du tonus du sympathique et des organes qu'il innerve. On aura donc, à la suite, une hypotension artérielle, irrégularité du pouls, tendance au collapsus. Le syndrome lombaire douloureux traduit une lésion du plexus solaire. Donc, cette maladie tient ou à une lésion des surrénales, ou du plexus solaire, ou des deux à la fois. Si l'insuffisance surrénale aboutit à la perte du système pileux, l'hyperfonctionnement, au contraire des capsules surrénales, renforce l'énergie pilaire de la puberté (puberté précoce).

Il est bien connu que certaines lésions des surrénales sont en rapport avec des troubles de l'évolution des glandes génitales.

L'agénésie pilaire dans le nanisme thyroïdien doit être attribué à une déficience surrénale.

L'adrénaline s'associe avec la sécrétion thyroïdienne pour impressionner le sympathique.

Glandes génitales. — Sans thyroïde et sans surré-

nale l'évolution sexuelle des glandes génitales est impossible ou, si elle a lieu, elle est déficitaire.

A la puberté en évolution normale on voit apparaître des troubles vaso-moteurs : céphalées et palpitations, dues à l'hypersensibilité du système autonome par l'exaltation des sécrétions glandulaires connexes.

A la ménopause, on observe : migraines, palpitations, bouffées de chaleur et vertiges, symptômes qu'on voit aussi après ovariotomie ou stérilisation des ovaires par les rayons X ou dans le fibrome utérin.

Chez l'homme, la frigidité se rencontre assez souvent pendant l'évolution de la pelade. Dans l'étude de physio-pathologie on peut envisager aussi la relation qui existe entre l'évolution sexuelle et pilaire, la puberté et la ménopause.

d) Syndrome pluriglandulaire. — Il suffit qu'une seule glande (et le plus souvent c'est le corps thyroïde) soit en dysfonctionnement pour que les autres glandes suivent la première, aboutissant par l'intermédiaire du système végétatif à la désorganisation du métabolisme normal de l'organisme tout entier.

Comme exemple typique on doit citer l'hypothyroïdie où on note : l'asthénie physique et intellectuelle, chute des cheveux, frigidité, visage sénile, peau sèche, lisse, blanche. Troubles neuro végétatifs (Claude et Gougerot) : vaso-motricité, modification

du réflexe pilo moteur de l'oculo-cardiaque, du naso-facial, de la tonicité cutanée et de la sécrétion sudorale.

c) Neurotrophisme. — Le rôle du système nerveux dans les troubles trophiques entrevu par Vulpian, en 1875, a été définitivement résolu par les recherches de MM. Claude et Stephen Chauvet, Villaret, Meige, André Thomas, Babinski, Tinel.

Les lésions des nerfs mixtes sensitivo-moteurs prouvent la participation du grand sympathique par les troubles réflexes qu'elles produisent : pilo-moteur, oculo-cardiaque, naso-facial et vaso-moteurs.

Les filets sympathiques ont été lésés en même temps que les nerfs mixtes qu'ils accompagnent partout. L'hypotonie locale remarquablement étudiée par Jacquet doit être rattachée dans la pelade à une dégénérescence des filets sympathiques (théorie trophonévrotique).

Vulpian, en 1875, constata ces lésions trophiques par lésions des nerfs[e]; les remarquables travaux de MM. Villaret, Athanosio-Benisty, ont complété son œuvre attribuant l'hypotrichose, l'hypohydrose et la pelade à la dégénérescence des fibres sympathiques. Ils ont mis en évidence les troubles vaso-moteurs, de calorification, de sudation, le réflexe pilo-moteur, les douleurs causalgiques, des troubles muqueux, pigmentaires dont la topographie correspond exactement à celui du sympathique.

Mais pour que ces troubles trophiques apparaissent il faut que le sujet y soit préparé par une méioporagie endocrinienne.

En résumé, en passant en revue les données embryologiques, physiologiques, pathologiques, neurotrophiques, on saisit l'unité du système esdocrino-sympathique.

Leur équilibre assure un fonctionnement normal de l'organisme, leur déséquilibre se traduira par divers états pathologiques. Le rôle trophique du système endocrino-sympathique est certain et par les moyens cliniques les auteurs ont pu mettre en évidence, dans la pelade, les différents réflexes qui attestent le déséquilibre endocrino-sympathique. De même, on a pu voir leur influence réciproque qui s'effectue soit par voie sanguine soit par influx nerveux, se remplacer mutuellement et de conclure, avec M. Laignel-Lavastine :

« Tantôt le sympathique agit sur les sécrétions in-
« ternes, tantôt les sécrétions internes agissent sur
« le sympathique, tantôt sympathique et sécrétions
« internes se remplacent comme facteurs de coordi-
« nation ; dans certains cas, la coordination humo-
« rale remplace la coordination nerveuse qui lui est
« équivalente ».

Sympathicotonie et Parasympathicotonie

Eppinger et Hess, ont cru devoir ériger en lois mathématiques les résultats de leurs expériences physio-pathologiques. C'est ainsi que selon ces auteurs, la classification des individus en sympathicotoniques et parasympathicotoniques se déduit naturellement suivant que les sujets soumis à l'expérience réagissent à l'adrénaline ou à la pilocarpine en injection.

Mais comme le font remarquer MM. Claude et Piédelièvre, cette méthode qui à son avènement a été acceptée avec enthousiasme, ne répond pas à tous les faits cliniques et biologiques et qu'on ne peut isoler deux classes rigoureusement étanches.

M. Laignel-Lavastine a montré les oscillations du rythme vago-sympathique chez des sujets normaux, qui sont vagotoniques la nuit et à jeun et qui deviennent sympathicotoniques le soir et après les repas. Il considère : « des moments physiologiques » dans l'évolution de ce rythme. M. Sainton a montré qu'à côté de la majorité des basedowiens sympathicotoniques il y a des basedowiens vagotoniques.

Enfin, MM. Lévy-Franckel et Juster à qui revient le mérite d'avoir étudié la sympathicotonie et la parasympathicotonie dans leurs rapports avec la pelade, ont remarqué qu'un de leurs malades avec bradycardie normale, réagissait comme sympathicotonique en réflexe oculo-cardiaque.

Cependant, sans préjuger des résultats physiologiques, et à considérer seulement les faits cliniques qu'on trouve à l'examen des malades, pour nous mieux guider dans le syndrome complexe endocrino-sympathique, on doit grouper les symptômes et en dégager le facteur pathologique prépondérant : sympathicotonie et parasympathicotonie.

Sympathicotonie. — C'est une hypertonie du grand sympathique provoquée et entretenue par une cause endogène pathologique ou constitutionnelle. Cette cause peut être l'hyperfonctionnement des glandes endocrines et plus particulièrement des surrénales et du corps thyroïde, ou bien la sympathicotonie peut être due à l'hypotonie ou paralysie du vague.

Des causes externes agissant sur la sécrétion interne (émotion, frayeur) ou sur le sympathique lui-même (traumatisme, plaie, cicatrice vicieuse) peuvent aussi, à elles seules, déterminer l'apparition de ce syndrome sur un sujet à méiopragie endocrino-sympathique. On ne saurait faire une description meilleure de la sympathicotonie que celle faite déjà en 1914 par M. Laignel-Lavastine et qu'on trouve

dans son travail « Pathologie du sympathique », page 554.

« Cette femme avec forte tachycardie et peu de « malaises subjectifs avec exophtalmie sans signe « de Graefe, mais signes de Moebius net, avec large « pupille, mais peu de sécrétion lacrymale, sans « sueurs ni diarrhée ; avec forte perte de cheveux ; « tendance à la fièvre, qui a toujours chaud ; qui a « de la mydriase adrénalinique de même que de la « glycosurie alimentaire adrénalinique, qui ne réa- « git pas à la pilocarpine et qui supporte mal l'atro- « pine, c'est une sympathicotonique ».

En plus, on note une hypertension artérielle, troubles vaso-moteurs, dermographisme, métabolisme basal en général exagéré et plus particulièrement celui des hydrates de carbone. Les sympathicotoniques sont des émotifs présentant le phénomène de la chair de poule et des tremblements.

Signes de sympathicatonie.

a) *Réflexes vaso-moteurs.* — 1) L'effleurement de la peau chez un sympathicatonique détermine une raie vaso-motrice qui persiste plus longtemps que chez un sujet normal. Cette raie présente l'aspect urticarien que MM. Lévy, Franckel et Juster ont souvent trouvé chez les peladiques. De même, ils ont remarqué que ce phénomène diminue en intensité avec la repousse des cheveux. 2) Le temps de sai-

gnement est augmenté (4-5 minutes), épreuve de Duke et P.-E. Weil.

b) *Réflexes pilo-moteurs.* — M. André Thomas a montré que les muscles pilo-moteurs sont sous la dépendance du système sympathique dont la lésion ou un déséquilibre produit une modification du réflexe pilo-moteur. Celui-ci se caractérise par le phénomène de la chair de poule provoqué par une excitation de la nuque (muscles trapèze) ou par diverses sensations : froid, chaud, frôlement de la peau.

Le phénomène de la chair de poule se montre sur la moitié du corps, visage compris ; il manque ou diminue d'intensité au niveau des plaques alopéciques (Lévy-Franckel et Juster).

Le réflexe pilo-moteur exagéré dans la sympathicatonie est diminué ou absent dans les cas des lésions des voies sympathiques centrales ou périphériques. De même, MM. Lévy-Franckel et Juster ont noté la réapparition du R. P. M. sur les plaques de pelade en voie de repousse ou irritées par le traitement. Dans la pelade unilatérale il y a une différence nette entre le côté sain et le côté malade.

c) *Réflexe naso-facial.* — P. E. Weil, Lévy-Franckel et Juster ont remarqué que l'excitation chez un sujet normal de la muqueuse pituitaire produit du côté excité des phénomènes de vaso-dilatation et hypersécrétion dans le département naso-oculo-palpébral. Quand ce réflexe gagne le front, les joues, les oreilles ou envahit même la poitrine, provo-

quant de la mydriase et de l'exophtalmie, modifiant le rythme cardiaque et respiratoire, on aura aussi le degré de plus en plus intense de la réaction sympathicotonique.

Car ces auteurs écrivent : « le naso-facial qui est « un réflexe purement sympathique, permet d'in- « terroger le système sympathique de la face et de « plus, de connaître le degré d'excitabilité du sys- « tème sympathique du sujet examiné ».

Ce réflexe doit être recherché des deux côtés et le côté qui répondra par des phénomènes plus intenses sera considéré comme relevant d'une hypersympathicotonie.

d) Marannon, par friction du cou des Basedowiens, produit une réaction vaso-motrice relevant de la sympathicotonie pure (rougeur intense du thorax, parfois de l'urticaire).

e) *Réflexes pharmacodynamiques.* — L'adrénaline en injection produit la mydriase, tachycardie, hypertension artérielle, polyurie, glycosurie, contraction des pilo-moteurs. L'extrait de thyroïde et l'atropine produisent les mêmes phénomènes.

Parasympathicotonie (*Guillaume*), *vagotonie* (*Epinger et Hess*). — Ce syndrome se caractérise cliniquement par une augmentation du tonus du parasympathique crânien représenté par la X^e^ paire, ou résulte d'une hypotonie ou déficience du sympathique proprement dit ; mais cette hypertonie vagale

peut être constitutionnelle ou être provoquée et entretenue par une épine irritative quelconque.

M. le professeur Roger en a fait la description clinique que M. Laignel-Lavastine cite dans son travail : « Pathologie du sympathique», 1924, page 549 :

« Le vagatonisme, dit-il, n'est pas une maladie, « c'est un tempérament morbide, un état constitu- « tionnel. Le vagotonique est un individu presque « normal, qui peut mener une existence active. Il « est seulement sujet à certains malaises, à quel- « ques troubles plus ou moins pénibles et à des ma- « nifestations morbides, dont le retour est parfois « périodique. Il a des transpirations localisées aux « pieds et aux mains. Aux moindres causes occa- « sionnelles, ses extrémités se cyanosent, ou, au con- « traire, deviennent exsangues. Sa peau est pig- « mentée. L'urticaire est fréquente et le dermagra- « phisme n'est pas rare. Ce sujet se plaint des trou- « bles respiratoires, de dyspnée, parfois il a des ac- « cès d'asthme. Il éprouve fréquemment des dou- « leurs précordiales pouvant simuler l'angine de « poitrine. Le pouls est lent, battant de 60 à 70 « fois par minute. Cette bradycardie s'observe mê- « me chez les sujets jeunes, chez les enfants et « constitue un des signes cardinaux du vagatonis- « me. Souvent atteints de gastralgie avec salivation « abondante, des crises diarrhéiques ou au contrai- « re de constipation spasmodique et de colite muco- « membraneuse, les vagotoniques sont générale-

« ment tristes, mélancoliques, anxieux, préoccu-
« pés de leur état, s'exagérant l'importance du
« moindre malaise. Trop facilement on les consi-
« dère come des neurasthéniques, parfois comme
« des hystériques, d'autant plus que le réflexe pha-
« ryngé est peu marqué ou nul ».

M. Laignel-Lavastine insiste qu'il y a des formes frustes de vagatonie et qu'un facteur parasympathique dégagé, peut faire entrer néanmoins, dans la vagotonie. M. Roger a noté chez les vagotoniques héréditaires des stigmates dystrophiques osseux, viscéraux et pilaires.

En résumé, le parasympathicotonique présente du myosis, bradycardie, palpitations et extrasystoles, hypotension artérielle, arythmie respiratoire, hyperchlorhydrie, sialhorrée, transpirations abondantes, métabolisme basse diminué, syncopes, vertiges.

Signes de vagatonie.

a) *Réflexe oculo cardiaque* (Aschner, Dagnini, Lœper et Mougeot, Lian). — Ce réflexe permet d'étudier l'excitabilité de la 10e paire. Par pression manuelle ou instrumentale (Barré) des globes oculaires on trouve chez un sujet normal un ralentissement de 10-16 pulsations par minute (Barré).

Cette compression produit un arc réflexe partant du trijumeau, se transmettant au bulbe et se réfléchissant sur le cœur par l'intermédiaire de la

X[e] paire. Donc pour que ce réflexe ait une réelle valeur M. Lian insiste sur l'intégrité de ces centres de connexion.

L'hypervagatonie sera légère pour un ralentissement de 12 pulsations par minutes, moyenne avec une diminution de moitié du nombre des pulsations, exagérée quand il y aura une pause de quelques secondes et pathologique quand les nombres des pulsations se réduit à un tiers de la valeur normale.

MM. Lévy-Franckel et Juster, sur 11 peladiques, ont trouvé 5 fois le R. O. C. nul ou inversé comme chez les sympathicotoniques. De même ils l'ont trouvé souvent positif chez les peladiques et mieux supporté par eux.

b) *Réflexes pharmacodynamiques.* — L'atropine produit la section physiologique de la X[e] paire.

La choline et la *pilocarpine* excitent le pneumogastrique, produisant une abondante transpiration et ces effets ne se produisent pas chez les sympathicotoniques et chez les sujets normaux.

Observations

Pelade d'origine utérine. Par M. Gastou

Annales de dermatologie et syphiligraphie, page 47, 1903

OBSERVATION I

Obs. II dans le travail du Dr P. Gastou. — Mme de M..., âgée de 48 ans, vient consulter pour plusieurs plaques de pelade non coalescentes, siégeant au niveau de la nuque. Ces plaques, au nombre de 4, se répartissaient ainsi : une première plaque à la limite du cuir chevelu, en bordure, une seconde au-dessus de la précédente, plus étendue (4 centimètres de diamètre), ne dépassait pas la suture occipitale ; ces deux plaques situées à droite, étaient séparées par un espace sain de 2 centimètres de largeur. A gauche, deux plaques de dimensions analogues, l'une vers la région mastoïdienne, l'autre empiétant légèrement sur la ligne médiane et plus élevée.

Les plaques actuelles remontent à deux ans ; à leur niveau la peau est épaissie, adhérente (épaississement et adhérence qui tiennent probablement aux nombreux traitements irritants qu'a fait la malade). Il n'existe pas de cicatrice, ni de troubles de la sensibilité à leur niveau. Pas de points névralgiques provoqués. La malade n'accusant pas elle-même de manifestations douloureuses. Pas d'altérations dentaires récentes. Cœur, poumons, foie, organes digestifs sains. La palpa-

tion abdominale et le toucher vaginal font constater un volumineux fibrome utérin qui remonte jusqu'au-dessous de l'ombilic.

Les réflexes sont normaux ; aucun trouble du système nerveux sensitif ou sensoriel. L'examen des urines n'a jamais été fait. L'état, décrit à l'examen, était celui existant en septembre 1902. Voici maintenant ce que la malade raconte sur l'évolution de la pelade et son état de santé antérieur. Les premières manifestations peladiques remontent à 1888, c'est-à-dire à 15 ans. A cette époque survinrent sans causes apparentes de nombreuses plaques de pelade, dont le nombre, dit la malade, s'élévera d'un seul coup et en peu de temps, jusqu'à 15. Elle consulta M. Besnier qui la soumit au traitement par l'acide acétique.

C'est en 1888 également, alors qu'elle était déjà en traitement pour la pelade, que s'apercevant que son ventre augmentait de volume en même temps qu'elle avait des pertes abondantes, se faisant examiner à ce sujet, on lui découvrit un fibrome utérin qui a augmenté progressivement et lentement jusqu'à l'état actuel.

Mme M... a une fille de 22 ans. Elle a été traitée par M. Pidoux pour des crises d'asthme et de coryza à répétition. Elle a eu à plusieurs reprises des poussées d'eczéma et d'intertrigo. Elle eut, vers 1880, un glaucome aigu qui coïncida avec une période de cautérisation de plaques de pelade en activité. Le Dr Abadie la traita pour cet accident dont elle guérit. Depuis, elle n'a plus eu de maladie à noter. Elle ne présente pas de manifestations nerveuses actuelles ; mais elle dit avoir eu pendant quelques années des douleurs névralgiques occipitales et auriculaires. Ces crises auraient coïncidé avec des altérations dentaires remontant à l'âge de 14 ans. Mais elle n'établit pas de relations entre ces plaques peladiques et les manifestations dentaires qui ont précédé de plusieurs années l'apparition de la pelade. Celle-ci a eu une évolution parti-

culière. D'après la malade, tous les cinq ans environ, depuis 1888, survint une crise constituée par l'apparition brusque de plaques alopéciques dont le nombre varie entre 2, 4, 6 et même dit-elle, au début jusqu'à 15. Ces plaques n'ont jamais le même siège « elles se déplacent un peu partout », dit la malade. Leur durée est assez longue, variant entre 1 et 3 ans et la malade a consulté à ce sujet un grand nombre de médecins et fait de nombreux traitements.

Actuellement elle est soumise aux cautérisations à l'acide phénique au dixième, aux rasages des plaques et à l'application des courants continus.

Comme traitement général, cacodylate de soude, lécithine, strychnine, bains salés et injections salées chaudes. La recherche de l'origine et de la cause de la pelade n'ont rien démontré au sujet de la contagion. Tout au plus pourrait-on invoquer à ce sujet la profession de la malade, ancienne artiste lyrique. Mais elle n'a jamais porté de perruque et s'est toujours servie d'objets de coiffure personnels. Les altérations dentaires ont précédé de beaucoup l'apparition de la pelade.

OBSERVATION II

Obs. III dans le travail du Dr P. Gastou. — Mlle G..., âgée de 38 ans. Sœur de médecin, elle a été dès l'âge de dix ans atteinte de pelade ophiasique. En cherchant l'origine de cette pelade, on note seulement à 8 ans l'existence d'une scarlatine, sans albuminurie. Après la première attaque de pelade à 10 ans, jusqu'à l'âge de 16 ans, pas de nouvelle atteinte. Mais depuis cette époque, réapparition de la maladie qui n'a jamais cessé.

Malgré tous les traitements faits, jamais il n'y a eu de repousse totale. La nuque est restée toujours glabre, alors que sur les autres parties de la tête, les cheveux sont successivement tombé et repoussé à plusieurs reprises, toujours en af-

fectant la forme de déglabration en aires. Actuellement, n'était la nuque, l'aspect de l'alopécie est celui d'une alopécie suite de maladie infectieuse ; au milieu des cheveux, en apparence sains, existent de grandes taches à cheveux clairsemés, à caractères follets. On dirait la malade atteinte d'une alopécie à larges clairières. Les poils ne viennent pas facilement à la traction et, sauf aux points éclaircis, dans les autres parties du cuir chevelu, les cheveux sont normaux.

Il n'existe ni rougeur, ni cicatrice, ni hyperesthésie, ni anesthésie au niveau des plaques de la tête ou de la nuque. Aux points ophiasiques existe l'hypotonie indiquée dans des cas analogues par Jacquet.

Pas d'autres particularités à noter. Il n'y a ni exsudation, ni séborrhée, ni névralgies.

Ayant cherché la cause de cette pelade tenace, il a été impossible d'y trouver une contagion à l'origine. La malade a une nutrition défectueuse, elle a de l'atonie viscérale générale. Les chairs sont flasques ; elle est amaigrie ; ses digestions sont pénibles, l'estomac est distendu par des gaz, la constipation est fréquente. Le cœur et les poumons sont normaux. Il n'y a pas de troubles de sensibilité, mais les réflexes sont légèrement exagérés.

A l'examen, l'abdomen paraît volumineux et la palpation fait découvrir un fibrome utérin avec diverticules perçus nettement. Le fibrome remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, il s'étale vers les flancs et les mains le délimitent nettement en l'énucléant en quelque sorte. La malade n'ayant jamais été examinée à ce point de vue, ignorait l'existence du fibrome. Voici l'analyse des urines :

Volume de 24 heures	2000 cc.
Densité	1011
Eléments organiques par 24 heures	34,80
Eléments minéraux	11,20

Total des matières dissoutes	46
Urée	19,60
Acide urique	0,56
Acide phosphorique	1,66
Acide sulfurique	2,48
Chlorure de sodium	22,50
Coefficient d'oxydation	0,67
Acidité totale (acide sulfurique)	0,78

Aucun élément anormal à signaler. En résumé : polyurie, abaissement de la densité et de tous les éléments normaux, sauf les chlorures très élevées.

D'après cette analyse, il existe des troubles de nutrition bien marqués caractérisés surtout par une diminution de la désassimilation.

Le trouble organique paraît donc encore dans ce cas la seule cause à invoquer. J'ajouterai qu'il n'y a et qu'il n'y a eu aucun accident dentaire sur lequel l'attention de la malade ou la nôtre ait été attirée.

Pelade généralisée d'origine thyroïdienne probable. MM. L. Richon et A. Aweng

Revue Médicale de l'Est, page 735, 1910

OBSERVATION III

Le sujet de cette observation était venu mourir au service de M. le Professeur Bernheim, d'un cancer de l'estomac, à l'âge de 62 ans. Depuis l'âge de 38 ans il présentait une alopécie totale et une absence complète des poils du sourcil, de

la lèvre, de l'aisselle, du pubis. La peau de la tête était mobile sur l'os sous-jacent et flaccide comme chez les peladiques.

Cet accident s'était produit assez brusquement en dehors de tout état pathologique semble-t-il, en pleine période d'activité génitale, puisque cet homme avait eu huit enfants, entre 28 et 49 ans. L'examen de l'état actuel du malade ne nous donnait pas davantage d'éclaircissement sur l'origine de cet accident. Cet homme mesurait 1 m. 75, était très fortement charpenté, mais très amaigri du fait de son néoplasme ; les téguments de la face et des mains en particulier, dépourvus de tout œdème, les organes génitaux normaux, l'état intellectuel parfait ; le malade avait en sa vie une activité normale.

Or, l'autopsie nous montra, à côté des lésions du néoplasme stomacal, deux modifications organiques importantes : un état d'athérome artériel très marqué, déjà constaté cliniquement sur la radiale et l'humérale et une atrophie prononcée du corps thyroïde, qu'on ne pouvait attribuer à la déchéance organique générale. Cet organe pesait 20 gr. seulement, était diminué régulièrement dans toutes ses dimensions et particulièrement dur à la coupe.

Y a-t-il un rapport entre cette pelade généralisée et l'atrophie du corps thyroïde ? Notre malade ne présentait à aucun degré les symptômes du myxœdème de l'adulte ; l'examen de l'état actuel, de ses antécédents le prouvait amplement. Or, les insuffisants thyroïdiens, certains infantiles en particulier, ont une alopécie plus ou moins marquée.

Les animaux thyroïdectomisés perdent également leurs poils.

Mais ne peut-il y avoir des troubles du système pileux d'origine thyroïdienne, sans que l'on constate chez le malade le tableau clinique bien connu de l'hypothyroïdie ? Il semble bien que ces faits existent. Certaines alopécies du genre de celles que nous avons constatées ont été favorablement traitées par l'opothérapie thyroïdienne qui a d'ailleurs, au cours du

traitement du myxœdème, une influence très marquée sur la pousse des cheveux du malade. On peut rapprocher de ces faits la présence des composés organiques d'I. et d'As., constatée par A. Gauthier dans les organes d'origine ectodermique. Donc, il y a probablement un rapport entre le développement du système pileux et la glande thyroïde ; dans les cas de pelade généralisée, du type de celui que nous apportons, le trouble de la fonction thyroïdienne semble directement ou indirectement porter sur un point spécial, à l'exclusion des troubles plus manifestes, plus fréquents, qui constituent l'hypothyroïdie classique.

L'athérome, très accentué chez ce malade, est très fréquent on le sait, au cours de l'insuffisance thyroïdienne. Nous ajouterons que l'histoire du malade et surtout l'absence de stigmate et l'état de la nutrition permettaient d'écarter l'hypothèse des troubles d'origine syphilitique.

Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pelade

(*Pelade et ménopause*)

Par R. Sabouraud

Annales de Dermatologie et syphiligr., page 88, 1913

OBSERVATION IV

Obs. I. dans le travail du Dr Sabouraud. — Alice Bourg., (Obs. de notre statistique numéro 198), 50 ans. La pelade a débuté chez cette malade à 48 ans, un an après l'arrêt des règles. Elle dure déjà depuis deux ans, quand nous l'observons. A ce moment la malade présente trois aires peladiques

d'une symétrie absolument remarquable. L'une médiane, symétrique, à la nuque, se présente sous forme d'un ovale très allongé à grand axe horizontal. Les deux autres sont temporales droite et gauche, ayant la forme d'un grand V couché s'ouvrant en avant. Ces deux plaques respectent au vertex une longue bande large de deux doigts environ couverte de cheveux noirs, durs et forts.

Chacune de ces deux plaques présente en son milieu une touffe de cheveux nouveaux en forme de bande, presque identique de forme et de dimension à droite et à gauche.

A noter que les ongles des deux mains sont intacts, excepté ceux des deux pouces qui tous deux présentent de l'onychorrexis (striations longitudinales fissuraires).

Chez cette malade la ménopause ne s'est accompagnée que des symptômes banals : vertiges, bouffées de chaleur et de sudation. Ces phénomènes persistent encore, mais en diminuant de fréquence et d'intensité.

OBSERVATION V

Obs. II dans le travail du Dr S. Sabouraud. — Mme Louc... (obs. 99). J'observai cette malade trois mois après le début de sa pelade, sept mois après l'arrêt des règles, arrêt survenu d'ailleurs sans troubles notoires. C'était une pelade en voie de généralisation, mais ayant respecté les cils, les sourcils et les poils. Au cuir chevelu la déglabration fut presque totale, ne respectant que quelques cheveux noirs.

Comme traitement général, je conseillai l'opothérapie ovarienne qui fut aussitôt commencée ; comme traitement local je fis appliquer une pommade cadique.

Ce cas fut relativement bénin. Après deux mois, le cuir chevelu était en état de repousse et en bonne voie de guérison. J'ai revu plusieurs fois la malade guérie depuis un an et demi. La guérison s'est maintenue et la chevelure est reconstituée.

OBSERVATION VI

Obs. V dans le travail du Dr R. Sabouraud, Mme Gon... (obs. 41), 53 ans. Ménopause à 50 ans, pelade à 51, dont l'extension s'est produite à toute la tête. Cette pelade s'est accompagnée partout de cette sorte d'épaississement cutané que Devergie avait bien vu et décrit sous le nom d'œdème.

On rencontre, disséminé sur le cuir chevelu, des cadavres de cheveux, inclus dans la peau, à peine assez saillants pour qu'on puisse les prendre à la pince. Ils s'enlèvent sans aucune résistance et sont d'une incroyable longueur (5-7 millimètres). Malgré ces symptômes qui signalent d'ordinaire une pelade grave, la repousse survint assez vite, mais inégalement d'abord, laissant une encoche frontale et une large bande de dépilation à la nuque.

La malade est fortement couperosique depuis sa ménopause, dit-elle.

Elle a de l'asthme et a eu des bronchites à répétition.

Elle présente en outre des douleurs rhumatismales.

J'ai revu et suivi cette malade jusqu'à sa guérison complète qui survint en mars-avril 1911. Dans ce cas la repousse se fit avec une rapidité remarquable en dépit des lésions dentaires les plus accusées. La bouche était remplie de chicots informes, très douloureux, couverts de tartre. Les racines sensibles au point qu'on ne pouvait les toucher, baignent dans du pus. Il ne restait intactes que les deux incisives médianes inférieures présentant d'ailleurs deux rainures transversales, qui évoquaient l'idée de la syphilis héréditaire. Les débris des molaires étaient si douloureux partout que depuis des mois la malade avait cessé tous soins dentaires. La malade devait se faire enlever tous ces débris sous le chloroforme. Malgré cet état, la repousse s'est produite avec une rapidité, une régularité et une perfection remarquables et avant toute intervention dentaire.

OBSERVATION VII

Obs. VI, dans le travail du Dr R. Sabouraud. — Alphonsine Bert... (obs. 32), 53 ans. Ménopause à 51 ans et demi. Un an après la ménopause, apparition de la pelade qui très vite devient une pelade en grandes aires larges comme la paume de la main et disséminées partout. Le début de la pelade a coïncidé avec deux très gros chagrins. La malade venait de perdre coup sur coup son mari et son fils.

La repousse lente, médiocre, de gros cheveux blancs espacés est survenue peu à peu, après six mois et n'était pas complète au bout d'un an quand nous avons cessé de voir la malade.

OBSERVATION VIII

Obs. VIII dans le travail du Dr R. Sabouraud. — Mme B..., femme du Dr B... (obs. 253), 44 ans. Au mois de décembre 1910, quatre mois après la disparition brusque des époques, survient une pelade grave d'emblée avec 14 ou 15 plaques dispersées et beaucoup de petites aires intercalaires. Elle marche rapidement vers la décalvante et oblige au port d'un postiche total.

Traitée immédiatement par l'opothérapie ovarienne, par l'acide phosphorique à l'intérieur et le cacodylate de Na et soumise au traitement externe par l'huile de cade ; après cinq mois la pelade s'arrêta, la repousse commence partout et il ne reste (fig. 7) que des larges aires dessinant la forme de l'aphiasis autour du cuir chevelu. Ces aires sont elles-mêmes en guérison, mais restent visiblement claires. Elles guérissent trois mois plus tard.

OBSERVATION IX

Obs. XII dans le travail du Dr R. Sabouraud (Pelade pendans la grossesse). — Mme Gel... (obs. 210) a eu à 28 ans, au

7e mois d'une 3e grossesse, une première atteinte de pelade d'une durée totale d'un an. Une deuxième atteinte sans grossesse à 30 ans après une grosse fatigue physique et morale (fièvre typhoïde d'un enfant).

Une troisième atteinte à 31 ans au premier mois d'une 4e grossesse. Cette fois les trois plaques sont survenues dans l'ordre indiqué par les numéros de la fig. 10 et ont disparu dans le même ordre.

OBSERVATION X

Obs. XIII dans le travail du Dr Sabouraud (Pelade après ovariotomie). — Désirée Cad... (obs. 48), mariée à 20 ans, contracte la syphilis de son mari. (Le Wassermann est encore positif). Elle a d'abord deux fausses couches de six mois, puis elle accouche à terme d'un monstre sans membres qui meurt en naissant.

La malade subit à 24 ans une double ovariotomie pour salpingite ; à la suite de cette opération sa santé très altérée se rétablit progressivement.

Cependant, à 27 ans, survient une première atteinte de pelade bénigne qui dure trois mois, et à 34 ans, récidive sous forme d'une pelade en trèfle symétrique de la région occipitale.

OBSERVATION XI

Obs. XV dans le travail du Dr R. Sabouraud. — Louis Rur.. (obs. 36), 40 ans, se présente avec une grande pelade décalvante totale. Il ne garde pas un cheveu, ni un cil, ni un poil sur tout le corps.

Sa pelade date de 14 ans ; elle a débuté sous forme d'une plaque très petite au menton. Elle s'est étendue progressivement. Trois ans plus tard, la pelade s'est montrée au cuir chevelu et s'est étendue si lentement qu'elle n'a été tout à fait

complète qu'en six ans, mais sans paraître jamais rétrocéder, même sur un seul point.

Ce malade a été atteint d'une orchite tuberculeuse d'abord simple, puis double. Il en a longtemps souffert et ne peut dire exactement si la pelade a précédé l'orchite ou inversement. Les lésions testiculaires en vinrent à ce point qu'il y a 6 ans on dut procéder à une double castration. Cette opération n'a aucunement modifié l'état peladique. Le malade est resté depuis lors en état de pelade totale.

Pelade et goitre exophtalmique

Par R. Sabouraud

Annales de Dermatologie et syphiligraphie, page 140, 1913

OBSERVATION XII

Obs. I dans le travail du Dr R. Sabouraud. — Mme G... (obs. 214 de ma statistique), 52 ans, que j'ai vue cinq fois en ces cinq dernières années, est un type de grande Basedowienne ; de grande taille et très maigre, le regard aigu, mobile, inquiet et un peu inquiétant ; le corps en mouvement perpétuel. La malade ne reste pas un instant tranquille ; elle se lève et s'assied, croise et décroise les jambes, et change les mains de place à tout mouvement, voulant cacher par des gestes inutiles un tremblement qui reste évident. Une grande volubilité de langage ; les phrases coupées en petits morceaux. Le ton est doux, humble, la malade semble s'excuser de son état. Pouls à 120.

C'est à 38 ans que la maladie a débuté brusquement avec tous ses symptômes capitaux : gros yeux, gros cou, gros

cœur. La malade a maigri rapidement et son état général est devenu précaire. Elle a eu de l'hypertrophie cardiaque, avec crises de palpitations terribles et crises d'angoisses dont quelques-unes ont duré six mois et plus, avec fréquentes syncopes. Trois fois on a proposé la thyroïdectomie par crainte d'une issue mortelle. La malade s'y est refusée.

A 40 ans, environ, deux ans après le début de la maladie, sont apparues aux régions temporales et occipitale trois taches vitiligineuses. Puis très vite a commencé une alopécie en aires de marche circonférencielle, d'extension rapide qui s'est généralisée à tout le cuir chevelu, à l'exception de quatre ou cinq petites touffes de cheveux qui ont persisté. Les sourcils ont disparu entièrement, les cils à moitié. L'état d'alopécie dura dix ans sans amélioration, malgré tous traitements.

Le traitement du goître exophtalmique a donné quelques périodes de rémission des symptômes nerveux, mais non une amélioration durable.

Vers 49 ans, la mnnopause se produit sans incident, et après elle, la plupart des phénomènes morbides diminuent progressivement. Les crises d'angoisse s'éteignent, les crises de palpitations s'espacent. Seul le tremblement reste. Et même l'exophtalmie a sensiblement diminué.

Cinq mois après la ménopause, commence une repousse des cheveux sur le sommet de la tête. Cette repousse s'accentue, et, en un an, recouvre le sommet comme une calotte d'enfant de chœur.

Toutefois son pourtour reste découpé en arceaux, laissant une alopécie circonférentelle de trois doigts de large environ, et à la limite où les cheveux cessent, cinq gros bouquets de cheveux d'un blanc d'argent se sont reproduits ; les deux taches vitiligineuses les plus grosses ayant la surface d'une pièce de cinq francs environ, les autres plus petites.

La couleur blanche de ces cheveux tranche nettement sur la couleur foncée des cheveux de repousse qui ne sont mélangés d'aucun cheveu blanc.

Les sourcils se sont reformés, mais ils restent pauvres. La repousse des cils est plus complète.

Depuis un an et demi que cette repousse est survenue, les cheveux nouveaux, blancs et bruns ont poussé normalement, de quinze centimètres environ. La bande d'alopécie ophiasique ne présente aucun duvet, la peau y est lisse, d'aspect atrophique et sénile. La malade a quitté le postiche complet qu'elle a porté 8 ans et ne porte plus qu'un postiche partiel faisant le tour de la tête.

OBSERVATION XIII

Obs. III dans le travail du Dr S. Sabouraud. — Roger Baro.. (obs. 166), c'est un enfant de 14 ans, venant de Bordeaux. Dès l'âge de 4 ans sont apparues sur son cuir chevelu d'abord, au-dessus des sourcils, des plaques alopéciques qui se sont succédé incessamment en divers points jusqu'à 12 ans. A partir de 12 ans, la pelade déjà vieille de 8 ans, prend un caractère grave et son extentsion rapide constitue à 13 ans une pelade totale qui a persisté depuis lors. Les sourcils et les cils ont disparu à moitié. De chaque côté de la tête, aux lisières du cuir chevelu, sur les tempes, persiste une touffe de cheveux. L'enfant présente des ongles grélés, en dé à coudre, les dents sont saines. Une très petite prémolaire a des dimensions anormales.

Le sujet est petit, gros, l'air obtus. Il paraît de 3 ans environ plus jeune que son âge. Il est mou et endormi, en retard dans ses classes. Physiquement et intellectuellement il semble onze ans environ.

Après avoir examiné l'enfant, qui m'était présenté par sa tante, et comme je concluais à une insuffisance thyroïdienne, on me présente la mère restée dans l'ombre. Elle a un goître exophtalmique. Elle a eu cet enfant à 36 ans, sa santé jusque-là était bonne, mais sa ménopause se fait à 41 ans. Et alors

apparaît le goître exophtalmique. L'exophtalmie est énorme, le cou visiblement déformé. Il y a eu et il y a encore des crises de palpitations. Il n'y a pas de tremblement. Depuis le début de ces accidents la malade reste triste et découragée. Poussant alors l'interrogatoire, j'apprends que cette dame a eu, il y a 27 ans, une fille bien portante, mais atteinte depuis 15 ans d'un vitiligo sans pelade du cuir chevelu.

OBSERVATION XIV

Obs. IV dans le travail du Dr S. Sabouraud. — Jean Lon... (obs. 262), 10 ans et 3 mois. L'enfant offre le type physique de l'hypothyroïdien ; mou, gros, atone, il a du prognathisme de la mâchoire supérieure avec large écartement des incisives. Sa mère avoue son apathie intellectuelle. Il est le 25e sur 28 dans une classe où il est avec des enfants d'un an moins âgés.

Il y a dix mois environ est apparue une première grosse tache de pelade à la région occipitale à gauche, puis une petite symétriquement à droite, puis trois autres disséminées sur le dos de la tête, toutes assez petites, sauf la première.

Comme j'expliquais à la mère que cet état pouvait avoir pour cause une insuffisance thyroïdienne, elle m'arrête en me disant : « Mais alors c'est donc héréditaire ». Et elle me raconte sa propre histoire.

Depuis cinq ans elle avait des symptômes nerveux, très pénibles, parmi lesquels des névralgies orbitaires et des palpitations, un peu de tremblement.

Plusieurs médecins l'avaient examinée, quand elle va consulter le Dr Oudin, qui diagnostique un Basedow fruste, bientôt confirmé par l'exophtalmie, la tachycardie, etc. Il la traite et l'améliore. Depuis deux ans la maladie semble enrayée, etc.

Basedowisme et dermatoses bénignes aux armées.

Par J. du Castel

Bulletin Soc. fr. de Dermatologie et syph., 13 mars 1919

OBSERVATION XV

Obs. I dans le travail du Dr J. du Castel. — L... J..., 32 ans, fantassin, a, le 24 août 1916 son casque traversé par un éclat d'obus, mais il n'est pas blessé ; le 4 septembre il est atteint à la face par trois éclats et éprouve de sa blessure une violente émotion ; deux jours après il constate un tremblement très marqué surtout aux mains ; depuis il a de l'insomnie et maigrit. Entre le 8 et le 16 octobre, cinq à six semaines environ après la blessure, le malade constate l'existence d'une plaque glabre sur l'occiput. Il entre pour ce motif dans le service le 26 octobre, on constate en outre l'existence d'une plaque mentonière. Le tremblement est généralisé, typique, le pouls examiné pendant une quinzaine de jours se maintient aux environs de 120.

OBSERVATION XVI

Obs. II dans le travail du Dr J. du Castel. — T. E..., 41 ans, fantassin, eût, à l'âge de 27 ans, une violente crise de rhumatisme articulaire aigu sans lésion valvulaire consécutive. Le 25 décembre 1916, il constate une plaque de pelade à la nuque et deux autres dans la moustache. Le tremblement existe, mais discret et mal caractérisé. Le pouls examiné pendant tout le séjour du malade à l'hôpital reste aux environs de 120 ; il s'agit probablement de tachycardie basedowienne.

Alopécie peladoïde généralisée d'origine surrénalienne, Par MM. Balzer et Barthélémy

Bulletin Soc. fr. de Derm. et syph., 12 juin 1919

OBSERVATION XVII

Obs. présentée à la séance du 12 juin 1919. — S..., François, 39 ans, salle Hardy, numéro 48, a encore son père. Sa mère est morte d'une tuberculose pulmonaire ayant évolué en 3 ans (1892). Un frère est bien portant.

Le malade est bossu. Sa gibbosité, qui remonte à l'âge de cinq ans, est survenue brusquement, à la suite d'une correction et semble s'être accompagnée de paraplégie (impossibilité de la station debout) sans troubles sphinctériens.

Marié à 24 ans, il a deux enfants bien portants. Avant d'être malade notre sujet possédait une chevelure normale, blonde, des sourcils, des cils, une légère moustache, mais une barbe minime ; il ne se rasait pas. Les poils pubiens et axillaires existaient.

En novembre 1912, sans cause appréciable, les cheveux se mirent à tomber par touffes, puis les cils et les autres poils, laissant au bout d'un mois une peau absolument glabre, fine, souple, à faible pannicule adipeux. Le malade entra en janvier dans le service de M. Darier, et sortit au bout d'un mois, après un traitement « par l'électricité » sans résultat. Il ne restait que quelques rares cheveux, longs de quelques millimètres, pigmentés, s'arrachant assez difficilement.

En février, éblouissement, chute, quadriplégie flasque, avec paralysie faciale droite, aphasie. Au bout de 5 à 6 jours, amélioration, retour de la parole. Traité dans le service de M. Sergent, le malade aurait subi une séro-réaction avec résultat inconnu et 12 piqûres aux fesses.

Depuis, les réflexes tendineux sont restés exagérérés, le signe de Babinski persiste ; il y a des troubles sphinctériens

urinaires. Mais il n'y a pas de troubles génitaux ; testicules normaux, érection conservées.

Dans le courant de décembre 1913 apparurent à la face dorsale de l'avant-bras gauche deux tumeurs dures : l'inférieure mobile sur le plan profond, la supérieure adhérente ; toutes deux bien limitées, indolores, sous une peau normale, légèrement soulevée, mobile. La supérieure adhéra dans la suite à la peau qui s'exulcéra. Une croûte se forma sous laquelle on trouvait un tissu jaunâtre, gélatineux, sans suppuration ni fonte. L'ensemencement fut négatif.

L'examen histologique pratiqué, post-mortem, montra un tissu à type d'infiltrat inflammatoire, confirmant le diagnostic de sarcoïdes noueuses disséminées, porté pendant la vie.

En mars 1914, le Wassermann pratiqué par M. Desmoulières fut négatif avec antigène du foie d'hérédo et antigène Desmoulières.

En avril, le malade, parti à Vincennes, fut ramené mourant avec des signes de pneumonie du sommet droit et un état de dépression intense ; il mourut le lendemain.

L'autopsie montra : aux poumons, outre des lésions anciennes, un foyer de broncho-pneumonie tuberculeuse du lobe supérieur droit, au péricarde une adhérence totale, un foie d'apparence normale malgré une infiltration tuberculeuse massive du péritoine sous-diaphragmatique et du grand épiploon.

Granulations sur la partie supérieure de la capsule des deux reins et surtout de la rate, avec splénomégalie massive et infiltration du tiers supérieur par de gros nodules, de tout le parenchyme par de petits tubercules.

Les reins, assez bien conservés, contiennent de petits tubercules crétacés. Les capsules surrénales sont très augmentées de volume et très dures, avec une tranche rigide, lardacée, blanchâtre, caséeuse ; dans la droite, un gros foyer à la coupe, comparable à celle d'un marron d'Inde.

Histologiquement, cette pièce, la seule qui ait pu être examinée, avec la sarcoïde cutanée, montra une dégénérescence complète du parenchyme, des lésions tuberculoïdes et de la nécrobiose massive.

Corps thyroïde un peu petit et induré.

Hypophyse d'apparence normale.

Récidives de pelade consécutives a des poussées de prurit ano-scrotal

Repousse des poils la suite de la guérison du prurit. Par MM. G. Thibierge et P. Cottenot

Bulletin de la Soc. Fr. de Derm. et syph.
9 février 1922

OBSERVATION XVIII

Malade présenté à la séance du 9 février 1922. Le malade que nous présentons est un homme de 45 ans, qui depuis 1914, a eu cinq récidives de pelade survenant toutes dans des conditions identiques à la suite de poussées de prurit anal, la pelade apparaissant un à deux mois après le début du prurit. Il en fut ainsi la première fois en 1914. On pensa à une pelade d'origine dentaire qui fut traitée par des cautérisations des gencives. En 1915, récidive avec pelade décalvante pour laquelle le malade a été réformé.

En 1920, il est venu nous consulter pour la première fois et nous avons traité le prurit par la Röntgenthérapie, à doses fractionnées (1 H. par jour pendant 5 jours). Le prurit a guéri en quelques jours et la repousse des cheveux s'est faite très rapidement sans aucun traitement local.

Nouvelle rechute en janvier 1921, dans les mêmes conditions, traitée de la même façon avec le même résultat. Le malade est venu enfin le 1er février avec prurit et lichénification

étendue de la région ano-scrotale datant de 2 mois et pelade de la nuque et de la moustache en voie d'accroissement. Nous n'avons pas trouvé de lésion causale de prurit ; il n'y a pas d'oxyures, pas de troubles gastro-intestinaux, l'état général est bon, la réaction de Bordet-Wassermann faite antérieurement a été négative ; on ne trouve pas de troubles de réflexes ni de la sensibilité.

La cause commune des deux affections nous échappe donc, mais ce qui nous paraît intéressant à remarquer chez ce malade c'est que la poussée peladique paraît conditionnée par le prurit anal ; en effet, jamais cet homme n'a eu de pelade sans prurit ; celui-ci précède toujours la pelade et un traitement purement local du prurit est régulièrement suivi d'une repousse rapide des poils sur les zones peladiques.

OBSERVATION XIX

Observation II présentée à la *Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 9 février 1922 par M. Lévy-Franckel. Pelade de la barbe et zona ophtalmique, grippe grave en septembre 1918.

1° Atteinte de pelade en 1920 ; cuir chevelu.

2° Atteinte en septembre 1921 : pelade de la barbe à points d'attaque multiples.

3° Zona ophtalmique : en décembre 1921 : douleur lombaire, céphalée diffuse.

15 décembre : région pariétale gauche, douleur à la pression.

20 décembre : Zona ophtalmique typique. Aucune autre Σ connue, mais lésions dentaires ; les deux incisives médianes supérieures forment entre elles un angle obtus, la canine supérieure gauche est sur un plan antérieur à l'alignement général, l'incisive latérale de la première prémolaire gauche étant derrière elle, séparées par un espace de quelques millimètres ; voûte palatine ogivale.

La pelade, syndrome d'irritation vago-sympathique

Par M. A. Lévy-Franckel

(Travail de la consultation de M. le Professeur Jeanselme)

Bulletin de la Soc. fr. de Dermat. et syph.
9 mars 1922

OBSERVATION XX

Obs. I dans le travail du Dr Lévy-Franckel. — Moill..., 33 ans, aucun antécédent spécifique, une fillette bien portante. Pendant la guerre, M. Moill... a été commotionné par un bombardement en août 1914 et blessé au niveau du pli du coude gauche en septembre de la même année : plaie de la face interne de l'avant-bras au niveau du coude, avec fracture compliquée des os du bras et de l'avant-bras, et section nerveuse.

Actuellement le malade présente : A) Une ankylose du coude à angle aigu ; de la paralysie des extenseurs avec main tombante, impossibilité d'étendre la main sur l'avant-bras et impossibilité d'extension des premières phalanges (plaie du radial) ; de l'atrophie des muscles, de l'éminence hypothénar, avec paralysie des interrosseux, de l'aplatissement de l'éminence thénar, l'opposition du pouce étant impossible (plaie du nerf médian), la main pend à angle aigu sur l'avant-bras ; les doigts sont effilés, lisses ; la peau est rouge, amincie, avec disparition des sillons cutanés (Glossy-Skin), la sensibilité au froid est beaucoup plus marquée que du côté sain.

B) Une atrophie réflexe des muscles du bras et de la ceinture thoracique qui sont sous la dépendance du plexus brachial (sus et sous-épineux, petit rond, deltoïde, coraco-brachial)

laissant indemnes les muscles innervés par les branches du plexus cervical profond. C) Une émotivité exceptionnelle accompagnée de tachycardie ; une mydriase légère. D)

Enfin une pelade, « de la barbe, apparue en 1918 qui fut suivie de nombreuses plaques de pelade de cuir chevelu (vertex, régions temporo-occipitales), des sourcils, des cils et de la moustache ». Autant que le malade peut s'en souvenir, la première plaque glabre serait apparue du côté droit du menton (?).

Il est difficile, en présence d'un traumatisme de cette importance, de l'atrophie des muscles de la ceinture scapulaire, de ne pas établir de relation de cause à effet, entre la section des nerfs et l'alopécie ; on nous objectera la longue durée de l'incubation : mais elle s'explique facilement par la longueur de l'arc réflexe qu'a eu à parcourir le processus névritique avant de gagner les ganglions de la chaîne sympathique cervicale. Dans certaines affections pulmonaires, des troubles vaso-moteurs de la pommette et de l'oreille, peuvent précéder de plusieurs mois ou de plusieurs années, une mydriase due à l'irritation du ganglion cervical inférieur. Dans le cas qui nous occupe, ce sont les ganglions du grand sympathique cervical qui nous paraissent devoir être mis en cause, dans la pathogénie de l'alopécie.

Comment, en effet, pourrait s'expliquer l'apparition de la pelade ?

1) Par des phénomènes de névrite ascendante des fibres du nerf rachidien, ayant retenti sur le plexus cervical superficiel, soit par son anastomose avec le plexus brachial, soit par les voies de connection médullaire ? Il faudrait mettre en cause le nerf grand occipital et la branche postérieure du 3e nerf cervical. Mais depuis longtemps on a fait justice de cette conception qui rattachait la pelade à des lésions des nerfs dépendant de l'axe cérébro-spinal : la non coïncidence des plaques alopéciques et des zones de distribution nerveuse avait conduit Jacquet à sa conception de « zones peladophores » déserts nerveux intercalés entre le territoire de distribution des dif-

férents nerfs. D'ailleurs, l'examen du malade montre l'intégrité des muscles innervés par le plexus cervical profond, dont dépendent le nerf grand occipital et la branche postérieure du 3e nerf cervical.

2° Par contre, le plexus brachial est sérieusement atteint, et on sait que les troncs nerveux lésés, particulièrement le médian, contiennent de nombreuses fibres d'origine sympathique : de même que la névrite ascendante des fibres des nrefs rachidiens, médian et radial ayant gagné les centres médullaires a donné lieu à l'atrophie réflexe des muscles de la ceinture scapulaire, de même les fibres sectionnnes du système organique ont été atteintes du même processus. La névrite ascendante a gagné les noyaux végétatifs axio-centraux de la moelle et du bulbe. De là, par les fibres centro-ganglionnaires, l'irritation s'est propagée aux ganglions cervicaux moyen et supérieur de la chaîne sympathique cervicale et aux fibres post-ganglionnaires. Quant à la distribution des fibres périphériques, elle est étroitement liée aux trajets des vaisseaux ; autour de chacune des branches des collatérales de la carotide interne, ils forment des riches plexus aux mailles si ténues qu'elles ne sont plus démontrables que par l'examen microscopique.

D'autre part, on constate chez notre malade un ensemble de phénomènes de la série sympathique : la sensibilité au froid, l'émotivité, la tachycardie, l'aspect lisse, luisant, effilé des doigts, troubles vaso-moteurs très accusés, décrits par les neurologistes comme accompagnant fréquemment les algies sympathiques, sont considérés par eux comme des phénomènes de même ordre.

Par contre on peut s'étonner que notre malade ne présente pas le syndrome de Claude Bernard-Horner (myosis exophtalmie). Mais les recherches de Mme Déjerine ont montré que ce syndrome est dû uniquement à la section ou à l'arrachement du ramus communicans du premier nerf dorsal, qui contient les filets moteurs destinés à l'irris.

L'arrachement de 6e et 7e cervicales, qui fournissent la presque totalité des fibres nerveuses du médian et du radial, ne donne pas lieu à ce syndrome.

Pour serrer les faits de plus près, nous nous sommes proposés d'interoger systématiquement le grand sympathique de tous les peladiques que nous avions à examiner à la consultation du service de M. le Professeur Jeanselme. Les neurologistes nous ont, dans ses dernières années, pourvus de quelques moyens d'exploration. Ce sont les réflexes oculo-cardiaque, pilo-moteur d'André Thomas et naso-facial de Miraillé et P.-E. Weil.

C'est surtout au réflexe oculo-cardiaque, qui est le mieux connu, que nous nous sommes adressés.

Le pilo-moteur a été recherché, chez deux peladiques par M. André Thomas. Chez l'un, porteur de deux plaques, le réflexe faisait complètement défaut sur l'une et sur l'autre ; le réflexe n'existait qu'au centre, là où les poils commençaient à repousser. Dans l'autre cas, le pilo-moteur existait ; ce réflexe est sujet à des variations individuelles considérables. Le réflexe naso-facial est encore peu étudié. Nous ne l'avons recherché qu'à titre d'expérimentation. D'après ses auteurs, la voie centripète est le trijumeau, le centre du réflexe est le bulbe et la voie centrifuge est représentée par le sympathique.

Le réflexe oculo-cardiaque est le mieux connu. Cependant les neurologistes et les cardiologues ne sont pas absolument d'accord à son sujet. Chez un individu normal, la compression oculaire ralentit le cœur de 6 à 8 pulsations par minute pour Harvier. Pour Loeper et Mougeot, pour Moutier, le réflexe oculo-cardiaque ne détermine guère de ralentissement supérieur à 10 ou 15 pulsations chez le sujet sain. Pour Barré et Cruseur, le réflexe oculo-cardiaque ne serait exagéré qu'à partir d'un ralentissement de 30 pulsations. C. Lian le veut au moins égal à un tiers (25 pulsations) pour être pathologiques.

Nous avons recherché, sur quelques sujets pris au hasard à la consultation du soir de l'hôpital Saint-Louis, le réflexe oculo-cardiaque chez des individus en apparence normaux, syphilitiques récents, il est vrai. Nous l'avons dans quelques cas, trouvé ultra-positif, avec de véritables pauses systoliques et avec arythmie, sans qu'aucun signe clinique nous donnât l'explication de ce phénomène.

Nous faisons donc toutes réserves au sujet des réflexes oculo-cardiaque ultra-positif, des recherches nouvelles nous paraissent nécessaires. Par contre, jamais, chez les sujets normaux, nous ne l'avons trouvé nul ou inversé. Dans les cas normaux, la recherche du réflexe oculo-cardiaque est assez douloureuse. Elle l'est peu ou pas chez les peladiques.

Sur 11 peladiques examinés, nous avons obtenu une seule fois, avec le réflexe oculo-cardiaque la réaction dite normale (ralentissement de 8 pulsations).

Chez trois malades le réflexe oculo-cardiaque a été nettement positif (— 20 pulsations). Chez deux, il a été ultra-positif (— 28 — 44). Chez cinq enfin, il a été nul ou inversé, c'est-à-dire que la compression oculaire a amené de la tachycardie (de 12 à 16 pulsations) ou que le nombre des pulsations ne s'est pas modifié.

Toutes réserves faites au sujet du réflexe oculo-cardiaque positif ou ultra-positif, il n'en reste pas moins cinq malades qui ont présenté une réaction qu'on peut considérer comme anormale, c'est-à-dire la réaction de l'hypersympathicotonie ou d'excitation du grand sympathique. Par ailleurs, M. Sainton a montré que dans la maladie de Basedow, la constatation d'un réflxe oculo-cardiaque positif ne permettait pas d'écarter la sympathicotonie : il existe des Basedowiens hypervagotoniques, qui ont un réflexe oculo-cardiaque ultra-positif, et des basedowiens hypersympathicotoniques à réflexe oculo-cardiaque nul ou inversé. Enfin, certains malades participent des deux types, ceci se trouve chez les peladiques ; un de

nos malades, qui présentait à l'état normal de la bradycardie a réagi au réflexe oculo-cardiaque comme un sympathicotonique (réflexe oculo-cardiaque inversé, + 12 pulsations). Quant au réflexe naso-facial, il est en général, mais pas toujours, parallèle au réflexe oculo-cardiaque très positif chez les hypervagotoniques ; il est faible ou nul chez les hypersympathicotoniques.

OBSERVATION XXI

Obs. II dans le travail du Dr Lévy-Franckel. — Guid..., Pascal, 18 ans, pelade décalvante totale depuis deux ans, ayant débuté par la nuque (type ophiasis de Celse). Actuellement ce malade présente une voûte ogivale, très profonde ; des déformations dentaires très marquées ; les incisives sont en angle dièdre et chevauchent ; des cicatrices linéaires péribuccales en éventail ; un crâne natiforme et enfin de la glosite exfoliatrice marginée.

Le réflexe oculo-cardiaque est ultra-positif (— 20 pulsations).

Le réflexe naso-facial est positif.

Cette observation est intéressante à comparer à la malade présentée, en 1903, par Danlos, qui, avec le type complet de l'ophiasis de Celse, présentait de l'infantilisme et de la glossite exfoliatrice marginée. Il y a là plus qu'une coïncidence, et le fait mérite d'être souligné.

C'est à la catégorie des hypervagotoniques que l'auteur rattache cette observation.

Troubles pilaires, pigmentaires, kératodermiques et ungueaux consécutifs a des lésions des nerfs périphériques. Leur pathogénie.

Par MM. Lévy-Franckel et Juster

Bulletin Soc. fr. de Dermat. et syph., 12 juillet 1923

OBSERVATION XXII

Obs. II dans le travail des Docteurs Lévy-Franckel et Juster. — D... Fernand, 25 ans, blessé le 7 octobre 1916, à la face postérieure de la cuisse droite, par un éclat d'obus, qui a provoqué, d'après les certificats militaires, une fracture compliquée du tiers supérieur du fémur avec atteinte de l'artère fémorale. Il présente, en effet, deux cicatrices à la face externe et interne de la cuisse droite. Il vient consulter à l'hôpital de la Salpêtrière, pour des douleurs très vives semblables à une brûlure violente, à une compression profonde, permanente, mais exagérée par la marche, les changements de température, et localisée à tout le pied droit et à la moitié inférieure de la face antérieure de la jambe droite. Aucun traitement n'a pu soulager ces douleurs qui auraient débuté avec la mise en plâtre de la cuisse fracturée. La force de la jambe droite est bonne. L'examen de la sensibilité montre une hyperesthésie au niveau du pied droit et une zone d'hypoesthésie à la face antéro-externe du tibia droit.

Troubles sympathiques. — Le malade a toujours la sensation d'avoir le pied droit plus froid ; de plus, il ne transpire plus ni de sa jambe ni de son pied droits. En effet, la peau du pied et de la moitié inférieure de la jambe droite donnent une sensation plus froide, plus sèche, plus lisse qu'à gauche. Le réflexe pilo-moteur ne se produit que difficilement et est

peu net au-dessous du genou droit, alors qu'il existe nettement à la jambe gauche.

Enfin l'oscillomètre montre une diminution nette des oscillations qui n'apparaissent qu'à 12 à la jambe droite, au lieu de 19 à la jambe gauche.

De plus, nous constatons chez ce blessé différents troubles trophiques :

1° Troubles pilaires. Alopécie du tiers inférieur de la face antéro-externe de la jambe droite et du dos du pied droit.

2° Troubles pigmentaires. Les faces antérieure et externe de la jambe et le dos du pied droit sont parsemées de petites taches pigmentaires de couleur café au lait. Près de la malléole externe ces macules sont si confluentes qu'elles forment un placard brun.

3° Troubles unguéaux. Les ongles du pied droit sont très épaissis, très difficiles à couper, le malade doit prendre un sécateur pour les couper. L'ongle du gros orteil forme d'ailleurs une véritable corne.

4° Troubles kératodermiques. A la face postérieure du talon, près d'une cicatrice d'escarre, on constate sur une zone large comme une pièce de 5 francs, une hyperkératose très accentuée avec à l'extrémité externe formation d'une production cornée longue de plus d'un centimètre et qu'il faut couper comme un ongle et qui se reproduit depuis 1916. En raison de sa causalgie persistante le blessé a dû être amputé de sa jambe droite.

Pelade avec troubles du système sympathique chez un blessé de guerre. Origine endocrino-sympathique de la pelade.

Par MM. Lévy-Franckel et Juster

Bulletin de la Soc. fr. de Dermat. et syph., 8 mars 1923

OBSERVATION XXIII

M. Bex..., employé, âgé de 32 ans, est atteint de pelade depuis février 1921. Quinze jours après le décès de sa femme, il remarque une plaque alopécique à la région occipitale. Depuis lors, il a au cuir chevelu des plaques successives de pelade qui durent de 3 à 6 mois. Il vient consulter le 12 février 1923 pour une plaque alopécique à la région occipitale droite, qui daterait de deux mois. Cette plaque est grande comme une pièce de cinq francs, en voie d'extension, avec cheveux peladiques à la périphérie. Nous constatons de plus chez ce malade deux plaques alopéciques situées symétriquement à la face postérieure des deux avant-bras et larges comme une petite paume de main. Sur celle de gauche l'on voit un début de repousse. Le premier point intéressant chez ce malade est la coexistence de pelade avec une blessure de guerre.

En juin 1918, il reçut un éclat d'obus à la face externe du bras droit, qui produisit une lésion du radial et du cubital. En effet, le blessé a une main tombante avec difficulté d'étendre les doigts et la main et une griffe cubitale avec paralysie de l'adducteur du pouce et signe de Froment : donc une parésie radiale et cubitale droites. Nous envisagerons plus loin les rapports qu'il peut y avoir entre cette blessure et la pelade. La seconde constatation que nous faisons est des plus dignes d'intérêt par sa netteté.

La recherche du réflexe pilo-moteur fut chez ce malade des plus faciles et des plus instructives.

Par le pétrissage du trapèze on déclanche du côté irrité une chair de poule des plus évidentes sur le thorax et le bras. Mais sur l'avant-bras droit, la peau ansérine n'existait pas au niveau de la plaque alopécique. Alors que l'on voyait nettement sur la face postérieure de l'avant-bras le granité de la chair de poule, la peau de la plaque alopécique restait lisse et unie. Sur la plaque de l'avant-bras gauche, sur laquelle il y avait un début de repousse, le réflexe pilo-moteur général était diminué et même absent à la partie externe. Aujourd'hui, comme vous avez pu le constater, nous avons retrouvé la même absence de peau ansérine au niveau de la plaque alopécique droite. La diminution du réflexe pilo-moteur général au niveau de la plaque de l'avant-bras gauche est moins nette que lors de notre premier examen. Mais la repousse, sur cette plaque, est nettement plus apparente. Le réflexe pilo-moteur local existait au niveau des plaques alopéciques ; il est peut-être plus vif au niveau de la plaque de l'avant-bras droit.

Si nous insistons sur cette absence ou cette diminution du réflexe pilo-moteur général au niveau des plaques peladiques, c'est une raison des déductions que nous sommes en droit de tirer de ce signe. Il est actuellement bien démontré, surtout par les travaux de M. André Thomas, que le muscle pilo-moteur est innervé par le système sympathique et que le réflexe pilo-moteur met en jeu la réflectivité du système sympathique. Tout trouble du réflexe pilo-moteur indique donc une lésion du système nerveux sympathique. Et nous devons conclure de l'absence ou de la diminution du réflexe pilo-moteur au niveau des plaques de pelade chez ce malade à une lésion des centres ou des filets nerveux sympathiques, qui innervent ces zones alopéciques. Nous n'avons pu, faute de temps, rechercher chez lui les autres signes de la perturbation du système sympathique (troubles de la sudation, troubles des réflexes vaso-moteurs), que nous avons constatés chez les peladiques.

D'ailleurs souvent ces troubles se trouvent réunis dans la même lésion nerveuse, ils peuvent être disjoints suivant la localisation des processus lésionnels, suivant les fibres ou les centres atteints. Mais il suffit d'une seule de ces pertubations (de la sudation, de la vaso-motricité, de la pilo-motricité), qu'il s'agisse de diminution ou d'exagération, pour pouvoir affirmer qu'il y a lésion du système sympathique.

Cette même perturbation des réflexes sympathiques se retrouve dans les sections des nerfs qui, elles aussi, s'accompagnent d'alopécies. La même lésion, qui produit les troubles sympathiques, provoque l'alopécie.

Aussi pouvons-nous en déduire que l'alopécie en aires est due à une lésion du système nerveux et plus spécialement du système sympathique, dont nous venons de montrer chez notre malade l'atteinte évidente en rapport avec l'alopécie. Inversement nous pouvons dire que pour qu'il y ait dans une affection des nerfs, alopécie en aires, il faut qu'il y ait lésion du système sympathique.

Chez notre malade quelle est l'origine de cette lésion du système sympathique ? Nous ne sommes pas éloigné de voir dans sa blessure une cause prédisposante. Peut-être l'irritation continue d'un nerf blessé, d'une névrome traumatique a-t-elle retenti sur le système sympathique cervical de ce blessé ? Cette pathogénie réflexe est d'ailleurs admise pour expliquer les troubles dits physiopathiques, dans la production desquels le système sympathique intervient.

La coexistence de blessures et de pelade a été signalée ; nous l'avons retrouvé chez quatre sujets. D'autre part des troubles sympathiques-causalgie, troubles vaso-moteurs ou sudoraux, troubles pigmentaires, ont pu apparaître plus ou moins longtemps après le traumatisme initial. Il est donc possible que la blessure qu'a reçu notre malade au bras droit intervienne par les lésions nerveuses qu'elle a déterminées dans la localisation de la lésion du système sympathique qui produit la pelade.

D'autre part, nous avons noté chez ce malade quelques

troubles endocriniens. Il a remarqué, lui-même, que l'apparition de nouvelles plaques alopéciques s'accompagnait d'une diminution de l'activité génésique. Nous sommes de plus en présence d'un sujet très nerveux, très impulsif, très coléreux, ayant un besoin constant d'activité, transpirant très facilement, avec bouffées de chaleur fréquentes. Nous avons compté 92 pulsations par minute et il nous a semblé que le lobe médian de son corps thyroïde était peut-être un peu plus gros que normalement. Nous remarquons, de plus, une hypertrichose de la poitrine et du dos. Peut-être ces troubles endocriniens, quoique légers, ont-ils contribué à la production de la pelade en renforçant l'atteinte du système sympathique.

C'est, qu'en effet, comme nous venons de le montrer à la Société de Neurologie, il nous paraît être de règle de voir dans les troubles cutanés trophiques des perturbations des deux systèmes sympathique et endocrinien. Un de ces systèmes peut avoir, suivant les cas, un rôle prépondérant. Chez le malade que nous présentons, le système sympathique paraît être le primum movens. Mais il est des peladiques chez lesquels les lésions du système sympathique sont très minimes, alors que le fonctionnement de leurs glandes endocrines est profondément troublé. Ce fait est surtout évident chez les infantiles ou les hypothyroïdiens qui présentent des alopécies qui sont le témoin des lésions de leurs glandes endocrines. Nous ne voulons pas revenir sur le rôle des glandes vasculaires sanguines dans le développement du système pileux sur lequel nous avons déjà insisté dans nos précédentes publications. M. Sabouraud a écrit, à ce sujet, dans ses derniers entretiens dermatologiques, des pages aussi remarquables par le fond que par la forme.

La pathogénie endocrinienne est d'ailleurs admise par presque tous les auteurs pour l'hypertrichose. Il est logique d'admettre la même pathogénie pour les pelades qui accompagnent les affections des glandes endocrines (dystrophies glandulo-génitales, thyroïdiennes ou surrénales).

Le système endocrinien nous paraît être le générateur d'un influx qui répartit le système sympathique. Ce système endocrino-sympathique règle la trophicité de la peau ; ses lésions produiront donc les troubles neuro-trophiques dont la pelade est un exemple.

Pelade, vitigo et nævi

Par M. Rabut

Bulletin Soc. Fr. de Dermat. et syph., 11 janvier 1923

OBSERVATION XXIV

F..., âgée de 8 ans, qui nous fut conduite par sa mère, en novembre dernier, dans le service du Dr Hudelo.

Cette malade présente un vitiligo typique, étendu sur la nuque où l'on voit un large placard achromique, avec blanchiment des cheveux, remontant sur les régions occipitale et temporale droites, les territoires voisins étant fortement pigmentés.

D'autre part, on peut constater, sur la tête, une plaque de pelade, des dimensions approximatives d'une pièce d'un franc.

Enfin, sur le tronc et sur la racine de la cuisse gauche, on trouve une série de taches achromiques, nettement limitées, arrondies ou ovalaires, de dimensions variables, au milieu d'une peau normale ou légèrement pigmentée. Deux d'entre elles offrent un aspect particulier. Au niveau de la région dorso-lombaire, c'est une tache ovale, d'un blanc porcelaine, mesurant approximativement 5 cm. sur 3 cm. et centré d'un petit nævus rouge, légèrement papuleux, des dimensions

d'un grain de blé. La région inguino-crurale gauche présente, en plus petit, un élément identique.

En interrogeant la mère, on apprend que les taches de vitiligo datent de 4 ans, tandis que la pelade du cuir chevelu est apparue il y a quelques semaines. Ces cas de placards leucodermiques, centrés par un naevus sont peu nombreux.

La coexistence d'une pelade donne à notre observation un caractère nouveau et il faut bien reconnaître, que l'apparition de ces phénomènes est conditionnée par une question de terrain.

Nous n'avons pas relevé de syndrome net d'insuffisance endocrinienne, mais nous avons montré notre malade aux Docteurs Lévy-Franckel et Juster, qui ont attiré l'attention sur les altérations du sympathique dans la pelade et le vitiligo et qui ont noté l'absence du réflexe pilo-moteur sur les placards périnaeviques de notre malade.

Un cas de pelade traumatique

Par G. Milian et Rimé

Revue française de Dermat. et de Vénérologie page 347, mai 1925

OBSERVATION XXV

M... Maria, 25 ans, italien, ouvrier d'usine, est blessé le 12 mars 1925, à 11 heures et demie du matin, au cours de son travail. Une pièce de fonte séparée subitement du plateau d'une machine, vient le frapper à la partie interne de l'arcade sourcillère gauche. Le blessé perd immédiatement connaissance pendant quelques minutes et a une autre syncope avant d'être transporté à l'hôpital Tenon. Là, on fait immé-

diatement la suture de la plaie et l'on aurait constaté une lésion de l'os frontal et des os propres du nez.

Le lendemain 13 mars, le malade quitte l'hôpital sur sa demande dans l'après-midi. Le 14 mars, il va se faire panser le matin, et vers midi, sa femme lui fait remarquer qu'il présente une chute de cheveux du côté droit.

Le malade qui affirme avoir eu des cheveux parfaitement normaux avant l'accident, a constaté alors, au niveau de la région pariétale droite, la présence d'une plaque alopécique, qui, dès 48 heures après l'accident, avait les dimensions d'une pièce de deux francs.

Le malade tire sur les cheveux avoisinants et une pincée vient sans peine entre ses doigts. Il va aussitôt après le déjeûner chez le coiffeur et se fait couper les cheveux ras.

Cette plaque augmente peu à peu et à la date du 28 mars, un certificat du Dr Paoli signale :

« A la région fronto-sourcillère gauche, plaie oblique de 3 cm. et demi suturée et cicatrisée vicieusement. Douleur à la naissance du nez.

« Plaque de 3 cm. et demi de diamètre environ avec chute des cheveux à la région pariétale droite, qui serait survenue à la suite de l'accident.

« Phénomènes de commotion cérébrale, vertiges, maux de tête, surtout lorsqu'il se baisse. Insomnie ».

Le malade avait essayé le 25 mars de reprendre son travail, mais il ne put travailler que 5 ou 6 heures, gêné par les vertiges et la céphalée, troubles qui persistent durant tout le mois d'avril et au-delà. Le 8 et 9 mai, le malade travaille très difficilement. Le lundi 11, il doit quitter son atelier, vers 10 heures et demie du matin et, dans la soirée, il se fait admettre à l'hôpital Saint-Louis. Il se plaint d'une céphalée à prédominance occipitale droite, de vertiges, d'amaigrissement, mais sans nausées, sans vomissements. Il dit avoir présenté une diplopie passagère à plusieurs reprises.

A l'examen, cicatrice à la partie interne de l'arcade sourcillère gauche, sensible à la pression.

L'examen du cuir chevelu est spécialement intéressant : à la région pariétale droite on note l'existence d'une grande plaque de pelade manifestement due à la confluence de deux plaques primitives : l'une para-médiane présente un diamètre longitudinal de 7 à 8 cm. ; l'autre latérale, un diamètre de 2 cm. environ. Le centre seul est à peu près complètement alopécique ; sur toute la zone périphérique de la plaque principale et sur toute la surface de la plaque accessoire, on voit des cheveux clairsemés dont beaucoup ont les caractères typiques du cheveu peladique : courts, de 5 à 8 millimètres de hauteur, ils ont l'extrémité libre, renflée, grosse et coupée court et l'extrémité inférieure amincie, effilée, atrophiée, d'où la forme en point d'exclamation ; ils s'arrachent facilement et le bulbe apparaît sec et blanc.

Quelques cheveux de longueur normale sont entièrement blancs. La consistance du cuir chevelu est normale, mais on y note de l'hyperesthésie à la pression et à la piqûre. A la région temporale droite, au-dessus de l'oreille, est une zone ovalaire où il ne persiste plus que de rares cheveux. Ceux-ci n'ont pas l'apparence caractéristique du cheveu peladique, mais la plaque est d'apparition toute récente. Elle mesure 2 centimètres et demi dans son grand diamètre. Signalons en arrière de l'oreille gauche, une petite plaque d'alopécie cicatricielle datant de l'enfance et notons que les plaques peladiques sont donc du côté opposé à la blessure.

Nous n'insisterons pas sur l'examen complet du malade. Les réflexes rotuliens, achilléens, cutanés, plantaires, radiaux sont normaux. La démarche est correcte. Pas de Romberg. Pas d'ataxie, ni de dysmétrie. Lors des changements de position, le malade accuse une exagération de la céphalée, un léger vertige et son faciès exprime alors une certaine anxiété. La pression sur l'ensemble de l'hémi-crâne droit, et notamment au niveau de la plaque de pelade, est douloureuse.

A la ponction lombaire, liquide clair hypertendu, en jet. Lymphocytose : 3 par millimètre cube. Albuminose, 0,22. W. : négatif. Un examen ophtalmologique pratiqué dans le service de M. Dupuy-Dutemps, dans la crainte d'une complication intracrânienne, fait reconnaître un léger exsudat papillo-maculaire, sans hémorragie, avec vaisseau normaux. Il y a un myosis léger à gauche. L'ophtalmologiste pense à une neuro-papillite au début et demande un examen des sinus.

Dans le service du Professeur Lemaître on note, en effet, une rhinite aiguë banale, compliquée de polysinusite entre autres du sinus sphénoïdal. Cette dernière localisation suffisant à expliquer la céphalée et son maximum occipital.

Le 18 mars, cette sinusite était déjà en déclin, grâce à des inhalations et pulvérisations. Le 23 mai, la pelade était encore en extension ; les cheveux tombent abondamment à la limite de la plaque principale. La chute s'est également accentuée au niveau de la plaque temproale. Mais le 29 mai, à la sortie du malade, dont la sinusite est complètement guérie, nous notons que la grande plaque est en voie de repousse sur toute son étendue. L'état de la plaque temporale est stationnaire.

Le rapport entre le traumatisme et la pelade paraît ici indéniable. Mais il semble aussi que la sinusite et les phénomènes nerveux de voisinage ont joué un rôle important dans la production et la prolongation des lésions.

Beitrag zur Kentnis der Alopecia neurotica

H. Rock

Dermatologische Wochenschrift, 14 juin 1913
Wien., page 661

OBSERVATION XXVI

J... L..., conducteur de tramway, âgé de 41 ans, marié, pas d'enfants. Mère bien portante, père mort de tuberculose. Trois sœurs bien portantes, quatre sœurs mortes en bas âge.

Le malade a eu plusieurs bronchites. Depuis qu'il est conducteur (15 ans), il souffre souvent de douleurs rhumatismales. Sa femme a fait deux avortements, souffre de mal de tête et présente un Wassermann positif.

Le malade nie avoir eu une maladie vénérienne évidente. Son Wassermann est négatif.

Dans la nuit du 22 au 23 octobre 1912, une auto en pleine vitesse vient heurter le moteur du tramway où se tenait notre malade et enfonce le pare-brise et la poitrine fut fortement contusionné. Le wattman freina de toutes ses forces et lorsqu'il observe que le frein ne fonctionne pas, par peur d'accident mortel, il perdit connaissance pendant quelques minutes, mais il ne tombe pas par terre s'étant cramponé à son frein. Il fut légèrement blessé au doigt par un éclat de verre et rien autre chose.

Le patient put, après cet accident, conduire sa voiture au dépôt, répondit très exactement en ce qui concerne la rédaction du procès-verbal, mais sentait des douleurs pongitives dans la région sternale et dans la région supérieure du thorax droit qui ne diminuaient pas dans leur intensité. Quelques jours après cet accident le patient commença à perdre ses cheveux. Cette chute dure depuis 5 mois.

OBSERVATION XXVII

Observation due à l'obligeance du Dr P. Gastou.

M. B..., vient consulter le 6 juillet 1923 pour perte de cheveux sur la tête datant de plusieurs mois.

Début sans raison.

Cœur normal. Foie normal.

Réflexes normaux.

Plaque de pelade simulant une tonsure, cheveux clairsemés tout autour.

Traitement

Local

1)
- Acide acétique 7
- Teinture d'iode 10
- Chloroforme 5

2)
- Onguent styrax 8
- Baume du Pérou 2
- Teinture de noix vomique 2
- Huile camphrée 8

Général

Cachets opothérapiques

3)
- Thyroïde 0,01
- Hypophyse 0,02
- Surrénale ..... ââ 0,10
- Testicule ..... ââ 0,10

Local

4)
- Ammoniaque 5
- Essence de térébentine 15
- Alcool camphrée ..... 0,5 %

OBSERVATION XXVIII

Observation due à l'obligeance du Dr P. Gastou.

Mlle Belz..., vient consulter le 28 août parce qu'elle perd ses cheveux depuis six mois à la suite de la grippe. A l'examen du cuir chevelu on constate une pelade à larges plaques disséminées, irrégulières à tendance aphiasique.

Le cuir chevelu est légèrement douloureux.

Traitement

Local

1)
Teinture d'iode	8
Acide acétique	2
Chloroforme	10

2)
Onguent styrax	10
Baume du Commandeur	1
Baume du Pérou	4
Teinture de noix vomique	2
Camphre	2

Général

3) Cachets opothérapiques

4) Alexine.

Urines pas d'albumine, vues il y a 5 ou 6 ans.

Pelade et kystes sébacés au cuir chevelu.

Le 10 octobre 1924, la malade continuera les cachets opothérapiques et alexine après 10 jours de repos.

Analyse urine : 4 octobre 1924. Analyse d'urine par 24 heures.

Volume	1260
Densité	1015
Acidité	1
Urée	13,23
Acide urique	0,60
Présence d'indoxyle	
Chlorures	8,31
P^2O^5	1,19
Ammoniaque	0,63

OBSERVATION XXIX

Observation due à l'obligeance du Dr P. Gastou.

M. An..., 28 ans, vient consulter le 20 juillet 1925. Il a eu la pelade il y a 12 ans (à 16 ans), il s'aperçoit samedi d'une récidive c'est ce qui l'amène à consulter. A eu une dent malade. Souffre de l'estomac (lourdeurs et brûlures). Pas de constipation et a souvent besoin de sommeil.

Réflexes rotuliens + +

Cœur normal.

A l'examen du cuir chevelu on constate qu'il perd ses cheveux et qu'il existe un peu de séborrhée sèche

Traitement

Local

1)

Teinture d'iode	4
Acide acétique	2
Chloroforme	10

Général

Cachets opothérapiques

2)

Thyroïde	0,01
Hypophyse	0,02
Surrénale	0,10
Orchitique	0,15

3) Glycérophosphate de chaux : Une cuillerée à midi et soir.

Sibilances à gauche. φ ? ? héréditaire. φ du père et de la mère.

1) Teinture de noix vomique.....
Teinture de Badiane.....
Teinture de Colombo.....
Teinture ipéca..... } ââ 5 gr.

2) Carbonate de Bi.

3) Denisoline Brison.

4) Champoing : Carbonate de Na. Savon. Coaltar.

1) Hectine B à 0,20 cgr.

2) Cachets opothérapiques.

3) Solution Joulie :

Acide phosphorique	17
Phosphate de Na.....	34
Eau bouillie.....	250 cc.

OBSERVATION XXX

Observation due à l'obligeance du Dr P. Gastou.

M. Ch.., receveur des Contributions indirectes, vient consulter le 5 février 1924 pour une pelade apparue depuis juillet 1922, survenue subitement. Avait eu plusieurs furoncles. Les pupilles réagissent mal. A mis chrysorabine et a pris hémato-éthyroïdine, est très nerveux, éprouve des courbatures dans les reins.

Réflexes rotuliens normaux.

A eu de la grippe en 1919 et pas d'autres maladies antérieures.

En Allemagne, où il est resté, furoncles au menton et à la nuque, lesquels ont duré six mois, va et vient de l'éruption. Voyait trouble et la vue se troublait.

Pelade du menton en voie de repousse à droite, guérie à gauche.

TRAITEMENT

Local

1)
- Acide acétique..... 2
- Teinture d'iode..... 8
- Chloroforme 10

2)
- Onguent styrax..... 6
- Huile camphrée..... 8
- Teinture de noix vomique..... 2
- Baume du Pérou..... 4

Général

Cachets opthérapiques

3)
- Hypophyse.
- Surrénale.
- Orchitique.
- Thyroïde

OBSERVATION XXXI

Observation due à l'obligeance du Dr Gastou.

M. B..., a eu Σ en 1902 en France.

Chancre, roséole, fut traité : Protoiodure.

En 1903 : Ttraitement de protoiodure sur mer.

En 1904 : Adénite en Chine.

A Saïgon : Adénite et dysenterie.

Va ensuite au Soudan où aucune manifestation pathologique n'est signalée.

En 1914, au Tonkin, rien.

En 1917, en Orient : entérite-hépatite, a eu dans la tête des plaques de pelade qui disparaissent et reparaissent depuis 1917.

Actuellement (juillet 1922).

Plaque de pelade sur le menton.

A eu le paludisme, la rate est hypertrophiée.

N'a jamais eu analyse du sang.

Prise de sang : Hecht et Wassermann négatifs.

TRAITEMENT

a) Local

1) Lotion excitante.

b) Local

1) Acide acétique..... 3 gr.
Chloroforme ..... } ââ 15
Alcool ..... }

Général

2) Hectine.

3) *Cachets opothérapiques.*

Thyroïde.
Hypophyse.
Surrénale.
Orchitique.

Général

Acide phophorique..... 17
Phosphate de Na..... 34
Sirop de limon..... 51
Eau .....q. s. p. 250

Le 24 juillet 1922 :

Traitement régulier : 48 cachets de thyroïde.
hypophyse.
surrénale.
orchitique.

Tibia douloureux.

A eu des lombrics (le dernier il y a 4 ou 5 mois), n'accuse aucun malaise spécial.

En 1919, récidive de pelade, l'acnée de la nuque, fait de temps en temps des poussées de couperose.

Pupilles réagissent bien, réflexes peu accentués, mais ils existent.

Le 24 juillet, persistance de plaque de pelade de la barbe.

TRAITEMENT

Local

1) Acide acétique 2
Teinture d'iode 8
Chloroforme 10

A alterner une fois par semaine avec solution lactique.

Général

2) Injection : Hectargyr. Iodure de potassium.

Pathogénie de la Pelade

Les faits embryologiques, anatomiques, physiologiques et physiopathologiques qu'on dégage de l'étude du syndrome endocrino-neuro-végétatif nous montrent bien que les glandes endocrines et le système nerveux sympathique sont soumis aux influences réciproques et peuvent, dans certains cas, se remplacer fonctionnellement. Le mécanisme physiopathologique suivant peut donc être invoqué dans l'apparition de la pelade : ou bien attribuer la pelade aux glandes endocrines en dysfonctionnement ou, au contraire, on peut penser que le système nerveux sympathique soit atteint soit constitutionnellement, soit fonctionnellement par une épine irritative qui pourra entretenir un état continu d'hypersécrétion glandulaire lequel, à son tour, renforcera le tonus sympathique. Donc, on se trouve dans un cercle vicieux des phénomènes qui s'enchaînent, s'influencent et se remplacent mutuellement. Le déséquilibre ainsi provoqué amènera le trouble neuro-végétatif dont la pelade peut être l'un de ses éléments objectifs.

Selon ces faits la pelade peut être considérée une

dystrophie locale de surface, réfléchissant à l'extérieur un trouble végétatif profond, ne peut être qu'un symptôme relevant d'un bouleversement du trophisme cellulaire. Ce trophisme est caractérisé, par une abolition passagère ou permanente de la trichogénèse avec conservation des sensations tactiles, thermiques et douloureuses au niveau de la plaque peladique. L'aspect lisse, blanc, flaccide de la peau alopécique ou au contraire, son infiltration œdémateuse, nous montre le rôle trophique du système végétatif.

De même, quand, à l'examen clinique d'un peladique, on constate une atonie cutanée et viscérale générale ou un embonpoint exagéré avec souvent de la frigidité, on a la preuve que le système neuro-végétatif tout entier est dévié de sa fonction normale.

M. Sabouraud a démontré que le phénomène initial de la plaque peladique est une ataxie pigmentaire et qu'ensuite a lieu la chute des cheveux en touffes. Cette ataxie pigmento-pilaire doit être attribuée à un trouble trophique au niveau des centres végétatifs sympathiques, qui n'envoient plus le stimulus normal aux fibres sympathiques périphériques. Ce trouble des centres sympathiques, peut être dû à un hypofonctionnement endocrinien, ou bien encore à une irritation périphérique.

Dans les cas d'hypofonctionnement endocrinien, on a un stimulus insuffisant, provoquant un trouble trophique périphérique par insuffisance, et au con-

traire dans le cas d'hyperfonctionnement endocrinien ou d'excitation périphérique, le même stimulus sympathique est exagéré et on aura un épuisement des centres trophiques par excès de fonctionnement et un trouble trophique périphérique en sera la conséquence.

D'ailleurs, M. Lévy-Franckel a montré plusieurs cas de pelade apparue chez des blessés de guerre ayant eu des fractures compliquées des membres. Il pense que les fibres sympathiques périphériques continuellement irrités par la cicatrice et par leur névrome, ont abouti par névrite ascendante à des lésions des centres sympathiques ganglionnaires. On peut penser que les troubles vaso-moteurs, pilo-moteurs, nutritifs, la dégénérescence des papilles pilaires avec leur appareil myoépithélial soient dus à un trouble trophique des fibres sympathiques périphériques par atteinte des centres végétatifs.

Le syndrome endocrino-sympathique peut être héréditaire et constitutionnel ou être attribué à la syphilis, à la tuberculose, aux affections aiguës, aux intoxications qui créent des sujets à méiopragie endocrino-sympathique évoluant à bas bruit et qui à la moindre cause : émotion, plaie compliquée, irritation par cicatrice ou une inflammation chronique quelconque extériorisent cette méiopragie par l'apparition de la pelade.

Dans l'étude des observations que nous avons citées, nous pouvons relever les faits suivants concer-

nant la pathogénie endocrino-sympathique de la pelade.

Syndrome d'irritation sympathico-parasympathique. — Pelade chez une malade présentant un fibrome utérin formant épine irritative du sympathique pelvien. (Obs. I et II, Dr Gastou), chez une de ses malades, M. Gastou relève dans les antécédents pathologiques une attaque de glaucome aigu et que M. le Professeur Terrien, comme on le sait, suppose comme devant être attribuée à un trouble de l'appareil sympathico-parasympathique : « Peut-être le glaucome « aigu, en particulier l'attaque, est-elle la consé- « quence d'un trouble apporté au fonctionnement « normal de l'appareil sympathicoparasympathi- « que. Il est difficile d'expliquer autrement sa sou- « daineté » (*Séméiologie oculaire*, 1924, F. Terrien).

Traumatisme, blessure, cicatrice vicieuse (obs. XV, Dr du Castel, obs. XX, XXII, XXIII, Drs Lévy-Franckel et Juster).

Prurit (obs. XVIII. Drs Thibierge et Caltenot).

Zone ophtalmique (obs. XIX, Dr Lévy-Franckel).

Blessure par accident de travail, sinusite (obs. XXV, Drs Milian et Rimé).

Dans tous ces cas on peut considérer la blessure ou l'inflammation présentées par les malades comme tenant à une épine irritative du système sympathique.

Syndrome endocrino-sympathique. — Hypothyroïdie (obs. III, D^rs^ Richon et Aweng). Ovariotomie et ménopause (obs. IV, V, VI, VII, VIII, IX, D^r^ R. Sabouraud).

Goître exophtalmique (obs. XII, XIII, XIV, D^r^ R. Sabouraud).

Castration testiculaire (obs. X, D^r^ R. Sabouraud).

Insuffisance surrénale (obs. XVII, D^rs^ Belzer et Barthélémy).

Méiopragie endocrino-sympathique. — Syphilis 1/3 cas (Hudelo et Rabut), tuberculose, affections aiguës, intoxications. Hérédité constitutionnelle (obs. XXIV, D^r^ Rabut), émotivité (obs. XXVI, D^r^ Rock) commotion.

Toutes ces causes peuvent produire, comme nous avons déjà dit, un trouble dans le fonctionnement du système endocrino-végétatif, lequel s'extériorisera, comme dans les observations sus-citées, par la pelade.

Traitement

Nous n'allons pas énumérer tous les traitements imaginées contre la pelade à l'époque où l'étiologie de cette dermatose était obscure. Nous nous contentons de signaler que ce traitement était purement sympathique. Le traitement sur lequel nous attirons l'attention dans ce chapitre est celui basé sur l'étiologie endocrino-sympathique de l'affection, traitement qui est, dans l'espèce, le plus rationnel.

Les extraits unis aux pluriglandulaires ont été essayés et ont donné entre les mains des différents auteurs des résultats remarquables. Quelques observations succintes que nous allons citer à l'appui, montreront l'efficacité de cette thérapeutique étiologique. Dans un autre ordre d'idée la radiothérapie et la galvanothérapie de certaines glandes endocrines ont été employés et avec succès.

L'action thérapeutique des extraits glandulaires est facile à concevoir ; on remplace la déficience sécrétoire de certaines glandes. L'action de la radiothérapie et de la galvanisation est plus complexe, mais néanmoins ici aussi on tâche de remédier au déséquilibre fonctionnel endocrino-végétatif.

En effet, il est actuellement démontré que les rayons X agissent soit en excitant les cellules sécré-

toires des glandes vasculaires, soit en inhibant leur sécrétion si la dose employée est plus forte.

Avec ce traitement étiologique l'amélioration ou la guérison de la plaque peladique se manifeste par l'apparition (repousse) des cheveux fins, diaphanes, soyeux, diffus ou groupés au centre de la plaque, ou aux bords, ou encore en anneaux de cadran. Il n'est pas rare de voir les cheveux de repousse mélangés avec des cheveux peladiques (Sabouraud).

Cas de pelade décalvante avec canitie guéri par la médication thyroïdienne

par J. Darier

Bull. Soc. fr. de Dermat. et syph., page 268-372, 1924

OBSERVATION XXXII

M. A..., négociant, âgé de 53 ans est un homme de petite taille (1 m. 60) mais vigoureux et très actif, qui n'a pas eu d'autres maladies qu'une fièvre typhoïde à l'âge de six ans. Je le connais depuis 20 ans. Il avait une chevelure noire avec une légère tendance à la calvitie au sommet de la tête et sur les côtés du front, et une barbe noire de force moyenne qu'il rasait régulièrement, ne portant que la moustache, laquelle s'entremêlait de quelques poils gris ; le corps et les membres étaient poilus sans excès.

En septembre 1922, il commença brusquement à blanchir, sans troubles de la santé, sans qu'on pût invoquer une infection quelconque et du surmenage. Ses cheveux, les poils de sa barbe et ceux de son corps et de ses membres se sont décolorés rapidement et concurremment tombaient ; il est impossible de lui faire préciser si c'est la canitie ou la chute qui a été le phénomène initial. Ce dont il est certain c'est que ses cheveux et poils tombaient isolément et par éclaircissement, et non par poignées, par touffes, ni même par pincées ; que d'autre part les cheveux et poils tombants étaient au début en grande majorité noirs et que ce n'est que progressivement qu'ils se sont entremêlés de poils blancs en proportion croissante.

Le 14 novembre 1922 je vois entrer chez moi un petit vieillard chenu que je reconnais à peine. Son cuir chevelu dégarni ne porte qu'un petit nombre de cheveux blancs, longs, grêles et crépus, et par endroits des follets blancs misérables ; en aucun point on ne constate de surface tout à fait glabre, de véritable « alopécie en aires » ; c'est une dépilation diffuse avec canitie complète. La barbe est aussi manifestement éclaircie ; aux sourcils, aux cils et à la moustache les trois quarts au moins des poils sont absents, et ceux qui persistent sont d'un blanc de neige et un peu crépus. Aux sourcils, ainsi que je l'ai expressément noté, ce n'est pas à la queue que prédomine l'alopécie, mais plutôt à leur portion interne ; leur extrémité porte quelques gros poils frisés blancs. Aux aisselles et au pubis, même chute de plus des trois quarts, avec reliquat de quelques poils longs, blancs et grêles. Sur le devant du tronc et sur les membres, alopécie presque totale avec persistance de quelques poils blancs isolés ou groupés. Il m'a été impossible d'apprécier si la pigmentation de la peau elle-même était diminuée ; en tous cas, elle n'était en aucun point achromique comme dans les taches de vitiligo. Les ongles sont restés normaux, sans striation, sans fissuration ni fragilité ; le malade n'a pas remarqué que leur croissance se fût ralentie.

J'ai recherché avec attention des phénomènes généraux as-

sociés, sans grand résultat. Je ne trouve à mentionner qu'un peu de fatigue, une frigidité génésique qui a frappé le malade, de la frilosité, une tension artérielle plutôt basse (12 max. ; 8 min.) et une diminution des sueurs. L'appétit est médiocre, mais les digestions sont bonnes et il n'y a pas de constipation ; aucun trouble de la circulation ; pas de céphalées, ni de douleurs articulaires. A l'analyse, les urines ont leur composition normale ; la réaction de Bordet-Wassermann du sang et celle de Hecht-Bauer sont négatives et à ce propos j'ajoute que le patient, qui a été marié deux fois, est certain de n'avoir pas eu la syphilis et que l'enquête n'en révèle aucune trace chez ses ascendants et ses proches. Son père n'était pas chauve et dans toute sa famille on n'a observé aucun cas ni de canitie précoce, ni de pelade.

A quelle affection avait-on affaire ? Assurément à un trouble de la nutrition du système pileux, à une dystrichogénie ; s'agissait-il d'une pelade décalvante d'une forme et d'une allure extraordinaire ? C'est une question d'appréciation et on peut l'admettre. En pareil cas on a de nos jours une tendance à invoquer un trouble du fonctionnement des glandes endocrines, dont on sait pertinemment que plusieurs ont une action sur la trichogénie, notamment la thyroïde, les surrénales et les glandes génitales. Chez ce malade un ensemble de signes de la série de l'hypothyroïdisme me fit instituer un traitement thyroïdien sous une forme que je préciserai plus loin ; on sait d'ailleurs que ce traitement excite la sécrétion des autres glandes indocrines.

Deux mois après, le 22 janvier 1923, la chute est déjà enrayée. Il semble au malade et à moi que les poils de la moustache tendent à repousser.

Au bout de cinq mois, le 23 avril, aucun doute ne peut subsister ; la repousse est manifeste sur le cuir chevelu, aux sourcils, à la barbe, ainsi que sur le tronc et les membres. En juin les sourcils, les cils et les poils du pubis sont presque reconstitués, mais en blanc ; le cuir chevelu tend à se regarnir.

Ayant perdu de vue le malade pendant 9 mois, j'ai eu la surprise de le voir revenir en avril dernier avec une chevelure, une barbe et une pilosité du corps et des membres qui n'ont presque plus rien d'anormal ; elles se sont encore sensiblement améliorées dans ces trois derniers mois.

Actuellement le cuir chevelu apparaît atteint d'une calvitie modérée, mais la couronne temporo-occipitale est formée de cheveux drus et raides qui pour la plupart sont noirs, surtout dans le centre des nappes pileuses, alors que les bordures restent presque blanches. Cette recoloration s'est faite par taches centrales, extensives et tendent à confluer.

Il importe de remarquer que cette disposition en taches ou en aires, qui a fait défaut pendant la période d'invasion, a été légèrement accusée pendant la recoloration. Mon ami Sabouraud auquel j'ai montré le malade m'a fait remarquer sur la nuque, à droite, la présence d'une aire arrondie encore relativement alopécique. On constate aussi sur le corps et sur la face antérieure des cuisses de larges nappes alopéciques portant çà et là de gros poils isolés ou par petits groupes. Mais la barbe est noire, la moustache presque noire mêlée de quelques gros poils blancs et en somme très fournie ; les sourcils et les cils sont normaux et aussi poilus que jamais ; aux aisselles les poils n'ont jamais été très abondants, mais le pubis porte une forte toison noire. Les troubles généraux, la fatigue, la frigidité, la frilosité ont disparu à mesure que le système pileux se reconstituait ; la tension artérielle est de 13-8 $\frac{1}{2}$ au Vaquez.

La médication qui a été suivie, et très scrupuleusement, sauf peut-être pendant les mois d'été 1923, a consisté en extrait thyrodien et acide phosphorique. A-t-elle réagi ? Cela paraît probable sans qu'on puisse fournir la preuve absolue En tout cas elle a été tolérée admirablement, sans le moindre incident, a plu au malade, auquel elle semblait « donner des forces et de l'entrain », et a coïncidé avec une disparition rapide et progressive des symptômes. On doit d'ailleurs se rap-

peler que la médication thyroïdienne agit d'une façon complexe et en partie en excitant la sécrétion des autres glandes endocrines.

J'ai prescrit, comme je le fais d'habitude, les endocrisines thyroïdiennes à prendre les quatre premiers jours de chaque semaine et cela trois semaines par mois ; la dose a été de 0 gr. 025 par jour le premier mois ; puis de 0 gr. 05 et de 0 gr. 075 les mois suivants, et même de 0 gr. 10 certains mois ; le malade devait compter ses pulsations le matin avant de prendre son cachet, mais jamais leur fréquence n'a atteint le taux de 100 par minute. Concurremment, il prenait aux deux principaux repas dix gouttes d'acide phosphorique officinal.

Ce que démontre cette observation, c'est qu'en dehors de la pelade décalvante banale, qui commence classiquement par une alopécie en aires, laquelle brusquement se généralise, il existe des cas de dépilation rapidement progressive et généralisée, sans qu'on note la présence d'aires alopéciques préalables ; que cette dépilation peut s'associer curieusement à une calvitie extrêmement prononcée, avec état grêle et crépu des cheveux et poils blancs ; que le pronostic de ces cas n'est pas trop mauvais, puisqu'ils peuvent guérir complètement, réserve faite pour une rechute possible ; que le traitement thyroïdien paraît efficace et que prudemment mené, il est sans inconvénient.

Accessoirement, je signalerai quelques observations de détail au sujet de la canitie, qui ont été pour moi tout à fait surprenantes. Que des cheveux et poils pigmentés puissent devenir blancs sans tomber, c'est le fait commun que tout le monde connaît. Mais le malade affirme formellement qu'il a remarqué et remarque encore que les poils blancs peuvent se repigmenter sans tomber ; il en est particulièrement sûr en ce qui concerne les sourcils et les poils du corps. Sabouraud connaissait la réalité de ce fait, et a même observé que les poils blancs pouvaient se repigmenter à partir de leur pointe,

ce qui est difficilement explicable. On pourrait admettre peut-être que les poils blancs, certains d'entre eux tout au moins, contiennent un propigment, que l'arrivée d'un oxydase met en évidence, mais c'est là une simple hypothèse. Quoiqu'il en soit, il faut reconnaître que le problème de la canitie, et celui de la vie des poils en général, renferme encore beaucoup d'inconnues qui seraient dignes de tenter un observateur patient et attentif.

Radiothérapie et galvanothérapie. — Préconisées par MM. Lévy-Franckel, Cottenot et Juster, elles ont donné des résultats remarquables dans le traitement de la pelade.

Par l'irradiation du corps thyroïde chez les hyperthyroïdiens on peut sidérer ou modérer l'activité sécrétoire du corps thyroïde. Ces auteurs procèdent à la radiothérapie toutes les trois semaines. Chaque séance comprend trois irradiations, deux latérales et une médiane de 5 H chacune et filtrées sur 3 millimètres d'aluminium. Ils procèdent au contraire à la galvanothérapie du corps thyroïdes 2-3 fois par semaine, intensité du courant de 10 milliampères, pendant 30 minutes, électrodes de 130 cm^2 chacun, mouillés et placés de chaque côté du cou, dans la dysthyroïdie pour exciter la fonction du corps thyroïde. Dans les cas où la galvanothérapie se montre inefficace les auteurs se sont trouvés heureux d'appliquer la radiothérapie et en obtenir le résultat recherché.

Résultats obtenus dans les pelades rebelles par la radiothérapie et la galvanothérapie de la région thyroïdienne.

Par MM. Lévy-Franckel, Cottenot et Juster

Bulletin Soc. fr. de Dermat. et syph. Séance du 9 novembre 1922

OBSERVATION XXXIII

Obs. I. des Docteurs Lévy-Franckel, Cottenot et Juster. — Fl... Gaston, 23 ans, cultivateur. Pelade datant de 2 mois et demi, en larges plaques de la nuque et de la région occipitale et sur tout le sommet de la tête, en voie d'extension, les cheveux s'arrachent facilement partout. Depuis l'âge de 8 ans, placards épais de psoriasis sur la poitrine et les bras.

Signes d'hyperthyroïdie. — Corps thyroïde gros dans tous ces lobes ; tremblement vibratoire ; l'œil gauche en strabisme interne, converge mal, globes oculaires un peu saillants, mydriase droite, palpitations, émotivité, crises pithiatiques provoquées par la colère.

Réflectivité sympathique. — R. pilo-moteur très beau sur le corps et la face, mais n'apparaît pas sur les plaques de la nuque par l'excitation du trapèze ; on l'obtient sur les plaques par l'action directe de l'éther.

R. oculo-cardiaque : 60/48.

Vaso-motricité. — Raie urticarienne à la poitrine et au cou, temps de saignement prolongé.

Traitement. — Six séances de radiothérapie du 6 juin au 19 octobre. Repousse complète, qui a débuté à la deuxième application (29 mai) et s'est généralisée à la cinquième séance.

Les poils sont devenus de vrais cheveux une semaine après la cinquième application. De plus, apparition de poils au

menton, près de commissures sur des zones agénésiques, sur la poitrine, sur la ligne médiane xipho-pubienne, où le malade n'en avait jamais eu. L'état général s'est amélioré dès la première séance ; après chaque séance, somnolence durant toute la journée ; le malade s'est endormi aux champs, l'après-midi de la première application ; peu à peu, cette somnolence a disparu avec les séances ; le corps thyroïde est devenu normal ; les palpitations se sont fortement atténuées, mais il n'y a pas de modification dans la frilosité et les sueurs ; le malade a engraissé ; il est moins émotif et se sent plus en train pour le travail. La vaso-motricité est devenue à peu près normale. Le pilo-moteur est très beau, aussi bien sur la nuque et le cuir chevelu que partout ailleurs.

OBSERVATION XXXIV

Obs. II, Docteurs Lévy-Franckel, Cottenot et Juster. — Mlle P..., 25 ans. Pelade récidivante datant de 10 ans, époque des premières règles, qui furent douloureuses, les plaques actuelles, datent de 5 à 7 mois, occupant la région frontale droite, la région occipitale et la région pariétale gauche, les cheveux s'arrachent facilement sur toute la tête. En général, de nouvelles plaques apparaissent chaque année en février et en août et guérissent par le traitement externe, tandis que d'autres zones glabres apparaissent.

Signes d'hyperthyroïdie. — Corps thyroïde gros (lobe médian) ; exophtalmie avec mydriase droite, malade très émotive, très nerveuse, avec tremblement vibratoire léger, pouls rapide (96) ; règles irrégulières et douloureuses ; crises hystériformes avec pleurs quand la malade est contrariée.

Réflectivité sympathique. — R. pilo-moteur excitation locale à la pression : réflexe nul à l'éther, réflexe uniquement local, sans propagation et très peu vif.

R. oculo-cardiaque : 96/52. Vaso-motricité. Raie urticarienne sur la poitrine et œdémateuse sur les plaques.

Traitement. — Radiothérapie (le 3 avril, 26 avril, 17 mai) ; le 14 juin repousse de follets sur toutes les plaques ; règles moins douloureuses ; quatrième séance le 7 juillet.

Le 27 juillet, repousse générale des cheveux adultes, sur toutes les plaques, sauf une zone de la région pariétale gauche, où il n'y a que des follets. 25 août : cinquième séance. 11 septembre : complètement guérie de sa pelade.

Les auteurs ont remarqué que la repousse après la radiothérapie apparaît en moyenne de 20-30 jours de la première irradiation et que souvent une seule séance suffit, mais aussi 5-6 séances sont souvent nécessaires. Parallèlement à la repousse, le syndrome endocrino-sympathique s'améliore et ce qui est plus intéressant encore c'est l'apparition des poils sur des régions agénésiques antérieurement.

OBSERVATION XXXV

Obs. V, Docteurs Lévy-Franckel, Cottenot et Juster. — Rapp... Ch., 29 ans. Présente depuis plusieurs années une pelade décalvante totale, sur laquelle tous les traitements ont échoué, même la radiothérapie sur le cuir chevelu, qui a donné une radiodermite ayant laissé une cicatrice indélébile occupant les deux tiers de la moitié gauche de la région temporo-frontale. Pas de signes de basedowisme, sauf une saillie légère des yeux. R. oculo-cardiaque : diminution nette d'amplitude des battements ; Wassermann négatif. Traitement spécifique d'épreuve (914) sans résultat. En avril : 22 séances de courant continu sur la région thyroïdienne ; le 3 mai repousse nette sur les sourcils, surtout à gauche ; la chute des sourcils s'est arrêtée ; sur le cuir chevelu, nombreux follets sur la région frontale; rien sur la nuque ; en mai : 6 séances le 17 mai : poils adultes aux sourcils des deux côtés ; follets nets sur l'hémicrâne droit ; rien à gauche : la ligne de démarcation est comme tracée au cordeau, le pilo-moteur

existe sur l'hémisphère gauche, et pas à droite, mai-juin 10 séances. 21 juin : toujours follets sur l'hémi-crâne droit. De plus, repousse sur la face dorsale des premières phalanges, des poils adultes (4e et 5e) que le malade n'avait jamais eu, quelques follets sur la région temporo-frontale ; en juillet : 4 séances. Dans l'espoir d'amener plus rapidement la transformation des follets en poils adultes, on fait une séance de radiothérapie sur la région thyroïdienne. Trois semaines après : les sourcils, qui avaient complètement repoussé, tombent à nouveau, et de même, les follets qui existaient sur le cuir chevelu et la face dorsale des doigts disparaissent.

Cette observation nous paraît démontrer qu'il n'est pas indifférent d'appliquer la radio ou la galvano-thérapie : le corps thyroïde ou le grand sympathique de ce malade avaient besoin d'être excités et non sidérés : la radiothérapie a annihilé les résultats, faibles encore, obtenus par le courant continu.

OBSERVATION XXXVI

Obs. XII, Docteurs Lévy-Franckel, Cottenot et Juster. — Moub... André, 29 ans. Pelade décalvante totale du cuir chevelu depuis l'âge de 16 ans ; repousse partielle spontanée en 1917, puis nouvelle chute en 1919. Troubles marqués de l'implantation dentaire, yeux saillants et regard brillant ; absence de corps thyroïde ; pouls normal.

Actuellement (12 juillet), déglabration totale des sourcils, à peu près totale du cuir chevelu.

Traitement : 37 séances de courant continu (21 juillet-18 octobre). Le 10 septembre : repousse très accentuée de la nuque, région occipito-temporale.

Le 18 octobre : repousse des sourcils blonds, repousse des follets longs sur la moitié droite de la région occipitale, follets qui sont proches des cheveux adultes, repousse de follets courts sur la région temporale droite.

Les auteurs rapportent que sur huit peladiques soumis à l'irradiation thyroïdienne, ils ont obtenu quatre résultats satisfaisants, deux incomplets et deux échecs. La galvanothérapie thyroïdienne, sur quatre peladiques, leur a donné trois résultats satisfaisants et un échec.

Le traitement endocrino-sympathique institué, peut être contrôlé et suivi avec certaines méthodes de laboratoire : l'épreuve de Goetsch et le métabolisme basal.

Epreuve de Goestch. — L'injection sous-cutanée d'un milligramme d'adrénaline à 1/1000 ne provoque rien d'anormal chez un sujet normal. Chez un basedowien, au contraire, il se produit localement une pâleur de la peau avec aréole rouge au bout de 30 minutes. Le centre devient lilas et reste ainsi 4 heures. Comme signes fonctionnels on note : tachycardie, hypertension artérielle, tremblement, anxiété.

Métabolisme basal. — C'est le nombre de grandes calories que dégage un sujet à jeun par mètre carré de surface du corps en une heure à l'abri du froid et chaud.

Selon M. le Professeur Marcel Labbé, le métabolisme basal est augmenté chez les basedowiens. Ainsi le nombre de calories selon lui varieraient chez les basedowiens entre 49,7 à 86,9, au lieu de 35 à 40 chiffre normal, par conséquent avec une moyenne de 66. Chez les basedowiens frustes, le métabolisme basal oscille de 41,3 à 65,7, moyenne 52,1.

Dans le goître simple, il trouve le métabolisme basal normal ou peu augmenté : 34,7 à 52,2, moyenne 41.

Dans un cas d'exophtalmie unilatérale avec diagnostic incertains, M. Labbé (M.), trouve le métabolisme basal, 43. Ces chiffres démontrent le rapport incontestable entre l'hyperthyroïdie et le métabolisme basal. Donc le métabolisme basal est un des meilleurs moyens utilisables dans le diagnostic, pronostic et dans la conduite du traitement endocrinien pour suivre l'évolution de la maladie de Basedow et autres syndromes endocrino-sympathiques.

Ces épreuves de laboratoire peuvent être employées même avant tout commencement de traitement pour avoir justement une idée précise du déséquilibre endocrino-neuro-végétatif.

Au cours du traitement, ces méthodes de laboratoire nous montrent l'efficacité ou la non efficacité de la thérapeutique employée et peuvent servir aussi comme test d'arrêt d'un traitement quand le résultat recherché est obtenu. Car il ne faut pas oublier que le traitement par l'opothérapie ou par la physiothérapie mal ou très longtemps appliqué et sans contrôle peut faire tomber le malade dans un état pathologique contraire à celui pour lequel il a été soigné. Nous avons simplement cité pour mémoire l'épreuve de Goetsch, cette épreuve a été employée par différents auteurs, surtout dans le goître exohptalmique, tandis que l'épreuve du métabolisme basal a été employé avec bons résultats chez les peladiques.

ETUDE DU MÉTABOLISME BASAL CHEZ LES PELADIQUES. PAR MM. LÉVY-FRANCKEL, JUSTER ET VAN BOGAERT.

Travail de la consultation du Professeur Jeanselme et du laboratoire du Professeur Marcel Labbé Bull. Soc. fr. de Dermat. et syph. Séance du 14 juin 1923

MÉTABOLISME BASSE CHEZ LES PELADIQUES AVANT TOUT TRAITEMENT ENDOCRINIEN.

OBSERVATION XXXVII

Obs. I, Docteurs Lévy-Franckel, Juster et Van Bogaert. — Mlle C... est atteinte depuis 7 mois d'une pelade qui d'abord

généralisée occupe encore, à l'heure actuelle, presque tout le cuir chevelu et les sourcils.

Signes endocriniens nets : corps thyroïde nettement augmenté de volume, tremblement vibratoire des extrémités. Tachycardie, palpitations. Transpiration facile. Grande émotivité avec besoin constant d'activité. Règles très irrégulières (tous les deux mois environ), ne durant qu'une journée et très peu abondantes. B.-W. = H8. Métabolisme basal + 37 %.

OBSERVATION XXXVIII

Obs. IV, Docteurs Lévy-Franckel, Juster et Van Bogaert. — C. J... Plaques alopéciques au cuir chevelu et à sa barbe : corps thyroïde plus gros que normalement avec légère exophtalmie. Tremblement vivratoire. Tachycardie. Hypertrichose du thorax et de l'abdomen. M. B. : + 20 %.

OBSERVATION XXXIX

Obs. VII, Docteurs Franckel, Juster et Van Bogaert. — Dup... Plaques disséminées dans le cuir chevelu, la barbe et sur le corps, avec troubles sympathiques nets (abolition ou diminution du réflexe pilo-moteur général), diminution de la sudation au niveau des plaques alopéciques. M. B. : + 14 %.

Métabolisme basal chez des peladiques soumis au traitement endocrinien sauf thyroïde

OBSERVATION XL

Obs. XI, Docteurs Lévy Franckel, Juster et Van Bogaert. — Mlle G... Pelade décalvante du cuir chevlu en voie de repousse. Basedowisme léger. M. B. + 8 %. Mais cette malade pre-

nait depuis un mois de l'hémato-thyroïdine. Il ressort de nos recherches que l'administration de sérum d'animaux éthyroïdés fait diminuer le chiffre du métabolisme basal. Il faut présumer que le métabolisme basal de cette malade était supérieur aux chiffres obtenus.

OBSERVATION XLI

Obs. XII, Docteurs Lévy-Franckel, Juster et Van Bogaert. — Mme R... Pelade de la nuque. Prend depuis 3 mois six capsules ovaires-surrénales. M. B. + 62 %.

OBSERVATION XLII

Obs. XIII, Docteurs Lévy-Franckel, Juster et Van Bogaert. — Mlle T..., dix plaques disséminées dans le cuir chevelu. Règles très fréquentes et très abondantes. Prend depuis un mois six capsules ovariques. M. B. : + 25 %.

Métabolisme basal chez les pelad(ques après administration du corps thyroïde ou la radiothérapie du corps thyroïde.

OBSERVATION XLIII

Obs. XIV, Docteurs Lévy-Franckel, Juster et Van Bogaert. — G. A..: Pelade en voie de repousse, du cuir chevelu, de la barbe, de la moustache et plaques alopéciques sur le corps avec diminution du réflexe pilo-moteur général. Début en 1920. Le malade a pris durant 1912 de l'extrait thyroïdien. M. B. + 22 %.

OBSERVATION XLIV

Obs. XV, Docteurs Lévy-Franckel, Juster et Van Bogaert. — Deux plaques comme paume de main au cuir chevelu. Depuis 3 mois prend des capsules de corps thyroïde surrénale. M. B. + 33 %.

OBSERVATION XLV

Obs. XVII, Docteurs Lévy-Franckel, Juster et Van Bogaert. — Mme Sp... Grande plaque alopécique recouvrant toute la région fronto-pariétale. A subi quatre irradiations sur son corps thyroïde. M. B. + 27 %.

OBSERVATION XLVI

Obs. XVIII, Docteurs Lévy-Franckel, Juster et Van Bogaert. — Deb... Pelade en voie de repousse du cuir chevelu, dont le début date de 1916. Depuis 1918, le malade prend des cachets pluriglanduraires (thyroïde, hypophyse, surrénale). M. B. + 1 %.

OBSERVATION XLVII

Obs. XIX, Docteurs Lévy Franckel, Juster et Van Bogaert. — Mart... Décalvante totale. A pris, en 1922, des cachets pluriglandulaires (thyro-orchitique, surrénale). M. B. + 0,3 %.

OBSERVATION XLVIII

Obs. XX, Docteurs Lévy-Franckel, Juster et Van Bogaert. — Pelade totale du cuir chevelu avec duvet de repousse. A subi quatre irradiations sur son corps thyroïde. M. B. — 7 %.

M. Lévy-Franckel estime que le métabolisme basal à l'état normal peut osciller autour des chiffres — 10 % + 10 % et considère comme pathologique les chiffres supérieurs.

Nous ajouterons que la syphilis héréditaire ou acquise nous fera instituer un traitement spécifique concomitant au traitement endocrinien et qu'une épine irritative devra être traitée s'il en existe sur une région quelconque du corps chez des sujets à méiopragie endocrino-sympathique (observations I, II, XVIII et XXV).

Conclusions

1) La pelade est un trouble trophique, une dystrophie de surface, un symptôme extériorisé d'un trouble endocrino-sympathique, qui se manifeste au niveau du système pileux.

Elle se caractérise par une abolition passagère ou permanente de la trichogenèse avec conservation des sensations tactiles, thermiques et douloureuses à son niveau ; elle est essentiellement récidivante.

2) Le déséquilibre endocrino-sympathique comme pathogénie de la pelade est incontestable. Ce déséquilibre peut être héréditaire, constitutionnel ou apparaître chez des sujets à méiopragie endocrino-sympathique soit par un dysfonctionnement endocrinien proprement dit, soit encore par dysfonctionnement endocrinien provoqué et entretenu par une épine irritative sur une région quelconque du corps.

3) Lees troubles vaso-moteurs, pilo-moteurs, l'ataxie pigmento-pilaire par dégénérescence myo-épithéliale de l'appareil pilo-sébacé ; la peau lisse, blanche, flaccide ou œdémateuse au niveau de la plaque peladique[e]; l'hypotonie générale ou au con-

traire un embonpoint exagéré, montrent bien un bouleversement du trophisme cellulaire et que le rôle végétatif du système endocrino-sympathique est partiellement ou totalement dévié de sa fonction normale.

4) Le traitement actuel de la pelade doit être étiologique et par conséquent endocrino-sympathique. Ce traitement consiste en opothérapie et physiothérapie endocrinienne, qui modifient la viciation sécrétoire interne. On traitera toute épine irritative et surtout la spécificité s'il y a lieu.

5) L'épreuve de Gœtsch et plus particulièrement la mesure du métabolisme basal sont deux épreuves de laboratoire extrêmement utiles pour vérifier l'action du traitement endocrinien et guider le pronostic.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. E. JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.

P. LAPIE.

Bibliographie

1. Balzer et Barthélemy. — Alopécie peladoïde généralisée d'origine surrénalienne. — *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, juin 1919, p. 189.
2. Claude et Piédelièvre. — Sympathique et glandes endocrines. — *Journal Méd. français*, 1921, p. 223.
3. Du Castel. — Basedowisme et dermatoses bénignes aux armées. — *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 13 mars 1919.
4. Danlos. — Pelade ophiasique chez une jeune fille entachée d'infantilisme. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1903, p. 418.
5. Darier. — Cas de pelade décalvante avec canitie guérie par la médication thyroïdienne. — *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1924, p. 368.
6. — *Précis de dermatologie*, Paris 1923, Masson et Cie, édit.
7. Dehu. — Un cas de pelade d'origine dentaire chez une hystérique tuberculeuse. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1902, p. 229.
8. Gastou. — Pelade d'origine utérine. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1903, p. 47.
9. Garnier. — Les relations fonctionnelles de la thyroïde avec les autres glandes à sécrétion interne. — *Journ. Méd. français*, 1921, p. 450.
10. Goldewski. — Manifestations pluriglandulaires dans la maladie de Basedow. — *Journ. Méd. français*, 1921, p. 458.

11. Guillaume A. — Quelques notions d'anatomie et de physiologie médicale relatives au sympathique et à ses systèmes associés. — *Journ. Méd. Français*, 1921, p. 228.

12. Hudelo et Rabut. — Enquête sur l'étiologie syphilique de la pelade. — Communication au IIe Congrès de Derm. et Syph. de langue française, Strasbourg. — *Presse Médicale*, 1923.

13. Jacquet et Portés. — La viciation hémo-urinaire dans la pelade. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1900, p. 322.

14. — Troubles du chimisme sanguin et urinaire dans la pelade. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1901, p. 287.

15. Jacquet. — Sur la nature et le traitement de la pelade. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1900, p. 583.

16. — Sur la nature et le traitement de la pelade. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1900, p. 696.

17. — Les rapports de la pelade avec les lésions dentaires. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1900, p. 1181.

18. — Nature et traitement de la pelade. La pelade d'origine dentaire. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1902, p. 97, id. p. 180.

19. — La pelade d'origine gingivo-dentaire. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1902, p. 245.

20. — Pelade d'origine dentaire, traitement stomatologique, guérison rapide. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1902, p. 676.

21. — Nature et traitement de la pelade. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1900, p. 924.

22. — Pelade, lésions dentaires, hypotonie et viciation urinaire. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1901, p. 151.

23. — Irritation gingivale comme point de départ de la pelade par enchâtonnement de la dernière molaire gauche inférieure. — *Ann. de Derm. et Syph.*, p. 425, p. 1063.

24. — Les sommations piladogènes. — *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hop.*, 1902, p. 187.

25. — La pelade n'est pas contagieuse. — *La clinique.* 1908, p. 801.

26. — Ehec de l'innoculation peladique sur terrain optimum. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1904, p.1131.

27. Jeanselme. — Sur quelques facteurs étiologiques de la pelade. — *Journ. de médecine et chirurgie pratique*, 10 avril 1921.

28. Labbé M. — Le diagnostic de l'hyperthyroïdie. — Epreuve d'hyperglycénice alimentaire et métabolisme basal. — *Revue française d'endocrinologie*, mai 1923, p. 97.

29. Langlois et Binet. — Remarques sur les effets physiologiques des extraits d'organes et de l'association de ces extraits. — *Journ. méd. fr.*, 1921, p. 447.

30. Lèyy-Frankel et Juster. — Le syndrome endocrino-sympathique de la pelade. — *Presse médicale*, 1922 p. 855.

31. — Troubles pilaires, pigmentaires, kératodermiques et unguéaux consécutifs à des lésions des nerfs périphériques. Leur pathogénie. — *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 12 juillet 1923.

32. — Pelade avec troubles du système sympathique chez un blessé de guerre. Origine endocrino-sympathique de la pelade. — *Bull. Soc. fr. Derm. et Syphiligraphie*, 8 mars 1923.

33. Lévy-Franckel et Juster. — Le rôle du système endocrino-sympathique dans la pathogénie de certains troubles trophiques cutanés (troubles pilaires, pigmentaires, unguéaux, kératodermiques). — *Presse Médicale*, 1922, p. 660.

34. Lévy-Franckel. — La pelade syndrome d'irritation vago-sympathique. — *Bull. Soc. fr. de Dermt. et Syph.*, 9 mars 1922.

35. — Traitement de la pelade. — *Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 9 nov. 1922.

36. Lévy-Franckel, Cottenot et Juster. — Résultats obtenus dans les pelades rebelles par la radiothérapie et la galvanothérapie de la région thyroïdienne. — *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 9 nov. 1922.

37. Lévy-Franckel, Juster et Van Bogaert. — Etude du métabolisme basal chez les peladiques. — *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 14 juin 1923.

38. Laignel-Lavastine. — Pathologie du sympathique, 1924, Félix Alcan, édit.

39. Lian et Joannon. — Les symptômes cardinaux de l'hypervagotonie. — *Journ. Méd. français*, 1921, p. 243.

40. Lucien, Parisot et Richard. — Essai de classification des états thyroïdiens. — *Revue française d'endocrinologie*, p. 1, janvier 1925.

41. Mouriquand. — Syndromes pluriglandulaires chez l'enfant. — *Journal Méd. français*, 1921, p. 467.

42. Milian et Rimé. — Un cas de pelade traumatique. — *Revue française de Dermat. et de Vénéréol.*, p. 347, mai 1925.

43. Naar. — Pelade et vitiligo dans leur rapport avec le système endocrino-sympathique. — Thèse Paris, 1923.

44. Perrin et Hanns. — L'influence réciproque et l'action du sympathique et des sécrétions internes en pathologie. — *Rev. fr. d'endocrinologie*, p. 391, déc. 1923.

45. Porak. — Les syndromes endocriniens, 1924, Gaston Doin, édit.

46. Rabut. — Pelade, vitiligo et naevi. — *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 11 janvier 1923

47. Retterer. — Développement du poil. — *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 19 avril 1923.

48. Richon et Aweng. — Pelade généralisée d'origine thyroïdienne probable. — *Rev. Méd. de l'Est*, 1910, p. 735.

49. Rock. — Beitrag zur Kentnis der Alopecia neuratica. — *Dermatologische Wochenschrift*, 14 juin 1913, p. 661, Wien.

50. Sabouraud et Vernes. — De la réaction de Wassermann appliquée aux peladiques. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1911, p. 257.

Sabouraud. — Fréquence de la pelade aux différents âges. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1911, p. 349.

52. — Sur le problème étiologique de la pelade et de l'utilité du traitement local des plaques peladiques. — *La Clinique*, 1908, p. 517.

53. — Considérations pratiques à propos des maladies du cuir chevelu. — *La Clinique*, 1910, p. 785.

54. — Quelques remarques cliniques concernant l'étiologie de la pelade. — *La Clinique*, 1912, p. 737.

55. — De l'évolution de la pelade. — *La Clinique*, 1912, p. 22.

56. — Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pelade (Pelade et ménopause). — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1913, p. 88.

57. — La pelade est une maladie générale. — *La Clinique*, 1913, p. 773.

58. — Pelade et goître exophtalmique. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1913, p. 140.

59. — Corrélation entre l'évolution génitale et la pathologie du système pileux dans l'espèce humaine. — *Arch. mens. d'obstétrique et gynécologie*, 1914, p. 1.

60. — Sur l'étiologie de la pelade. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1920, p. 177.

61. — Sur le cheveu peladique. — *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1922, 8 janvier.

62. — Diagnostic différentiel de la pelade. — *La Clinique*, 1922, p. 115.

63. — Diagnostic différentiel de la pelade et les teignes tondantes. — *Presse Médicale*, 1922, p. 146.

64. — Entretiens dermatologiques, 1924, Masson et Cie, édit.

65. Sézary. — Les mélanodermies d'origine endocrinienne. — *Journ. méd. français*, 1921, p. 480.

66. Sicard. — A propos de la pelade. — *La Clinique*, 1908, p. 636.

67. Thbierge et Cottenot. — Récidives de pelade consécutives à des poussées de prurit ano-scrotal. Repousse des poils à la suite de la guérison du prurit. — *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 9 février 1922.

68. Terrien — Semiologie oculaire, 1924, Masson et Cie, édit.

69. Villaret (Maurice). — Contribution à l'étude des troubles du système pileux et de la sudation spontanée des membres. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 26 novembre 1915.

70. — Valeur diagnostique des modifications du système pileux. — *Société de neurologie*, Paris, 6 janvier 1916.

71. — Les troubles du système pileux des membres. — *Presse Médicale*, 18 mai 1916, p. 219.

72. — Contribution à l'étude des troubles des phanères au cours des syndromes de lésion ou d'irritation nerveuse périphérique. — *Société médico-chirurgicale des médecins militaires et militarisés de la XVI^e Région*, réunion du 2 juin 1917. — *Montpellier-Médical*, 1917.

73. Weil, Lévy-Franckel et Juster. — Le réflexe naso-facial utilisé comme test du système sympathique. — *La Vie Médicale*, 15 sept. 1922, p. 1186.

74. Winstel. — Glandes endocrines et dermatoses. — *Revue française d'endocrinologie*, février 1925, p. 37.

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES.